ŒUVRES

CHIRURGICALES.

SECONDE PARTIE.

ŒUVRES
CHIRURGICALES
DE P. J. DESAULT,

CHIRURGIEN en Chef du grand Hospice d'Humanité, ci-devant Hôtel-Dieu de Paris;

OU

TABLEAU de sa Doctrine & de sa Pratique dans le Traitement des maladies externes.

Ouvrage publié par XAV. BICHAT, son Élève.

SECONDE PARTIE.

MALADIES DES PARTIES MOLLES.

 A PARIS,

Chez { la C. Ve. DESAULT, cloître Notre-Dame, No. 18.
MÉQUIGNON l'aîné, rue des Cordeliers.
DEVILLIERS, rue des Mathurins.
DEROI, rue Haute-Feuille.
Et au Magasin de Librairie, rue du Bouloi, No. 56.

1798. An VI.

ŒUVRES

CHIRURGICALES

DE P. J. DESAULT,

Chirurgien en Chef [illegible] d'humanité, [illegible] Paris;

OU

[illegible]

Ouvrage publié par Xav. BICHAT, son Élève.

SECONDE PARTIE.

MALADIES DES PARTIES [illegible]

A PARIS,

Chez [illegible] DESAULT, [illegible]

[illegible] MÉQUIGNON l'aîné, [illegible]

[illegible] VILLIERS, rue des [illegible]

[illegible] ROY, [illegible]

Et [illegible]

1798. [illegible] VI.

route du praticien, animer ses efforts pour les éviter. Mais ces efforts deviendront nuls, si l'observation n'est pas leur guide. Principe toujours avoué, & toujours trop peu mis en pratique.

II. Ici les hypothèses ne se font pas multipliées, il est vrai; mais suffit-il que l'imagination n'égare pas le jugement, pour que celui-ci marche assuré? Il faut qu'en s'appuyant sur des faits, on n'établisse que sur leur nombre, des principes généraux. Quelques observations isolées peuvent-elles donner lieu à des régles universellement applicables? C'est sous ce rapport qu'ont erré beaucoup de praticiens, trop prompts à établir ici des préceptes; reproche dont n'est pas même à l'abri le celèbre Petit, sur la matière qui nous occupe.

III. Une autre voie est donc à suivre: observer la nature, rassembler beaucoup de faits, prendre leur ensemble pour principes, hasarder ensuite quelques conséquences. Qui sommes-nous, pour nous détourner de cette voie, sur-tout dans les lésions d'un organe où le mystère, qui déjà couvre ses fonctions, dans l'état naturel, semble devenir encore bien plus impénétrable?

IV. Pour traiter avec ordre ce que j'ai à dire sur cet objet, j'examinerai l'influence des violences extérieures; 1°. sur les enveloppes externes de la tête; 2°. sur les os du crâne; 3°. sur le cerveau & ses membranes. De-là trois divisions; la première, consacrée à quelques réflexions sur les plaies des tégumens, & spécialement sur un accident qui communément les complique; la seconde, aux fractures & à la compression du cerveau, produite soit par un enfoncement, soit par un épanchement; la troisième,

à la commotion ; à la contuſion, à l'inflammation, & à la ſuppuration du cerveau ou de ſes membranes.

PLAIES AUX TÉGUMENS DE LA TÊTE.

v. Les auteurs ont diviſé à la tête, comme dans les autres parties, les plaies, ſuivant l'inſtrument qui les a produites, en plaies piquantes, tranchantes & contondantes ; chacune préſente des phénomènes particuliers qui les caractériſent, & ſouvent des indications différentes. Mon objet n'eſt point de conſidérer ſpécialement ces phénomènes & ces indications, parce que rien de nouveau n'a diſtingué ſur ce point la pratique de Deſault. Je renvoie donc aux auteurs modernes, à Petit, Pott, Sabatier, &c., pour l'hiſtoire des tumeurs ſanguines, effets des contuſions, des moyens de réunion dans les plaies tranchantes, ſimples ou à lambeaux, &c.; des complications diverſes qu'ajoutent à ces plaies la léſion des os du crâne ; je fixerai ſeulement l'attention du lecteur ſur un accident ici fréquemment obſervé, quel que ſoit le mode de la diviſion, que très-peu d'auteurs ont conſidéré ſous ſon véritable point de vue, quoique tous y aient eu égard : je veux parler de l'inflammation éréſypélateuſe des tégumens du crâne.

§. II *De l'éréſypèle aux tégumens du crâne, dans les plaies qui les intéreſſent.*

vi. L'éréſypèle, eſpèce d'inflammation dont le foyer ſemble, dans le plus grand nombre de cas, ſe fixer dans les premières voies, eſt en général une complication aſſez fréquente des plaies, ſur-tout dans

ŒUVRES CHIRURGICALES.

SECONDE PARTIE.

MÉMOIRE

SUR les plaies de la tête.

§. Ier.

1. IL n'eſt pas de matière, en chirurgie, ſur laquelle ſe ſoit plus épuiſée la plume des auteurs que ſur les plaies de la tête. Qui ne croiroit, à voir l'immenſe recueil de leurs travaux, que l'art eſt ici voiſin de la perfection? Qu'il en eſt encore loin cependant! Que de doutes à lever, que d'incertitudes à diſſiper, & dans le diagnoſtic, & dans le pronoſtic, & dans le traitement! L'influence funeſte de ces plaies ſur l'organe important, aux fonctions duquel ſe lient & s'enchaînent celles de tous les autres; les phénomènes nombreux, remarquables effets de cette influence; le vague que laiſſent ces phénomènes, ſur les cauſes dont ils dépendent; le voile difficile à ſoulever, derrière lequel ces cauſes reſtent ſouvent confondues; l'obſcurité qui en réſulte dans le choix des moyens deſtinés à les combattre, tout ſemble ici, en ſemant d'écueils la

les grands hôpitaux, où le mauvais air, le contact d'une foule de corps mal-sains, la préparation presque toujours mauvaise des alimens, ne contribuent pas peu à produire un état de saburre souvent habituel. Mais nulle part l'influence de cette complication n'est plus marquée que dans les plaies de tête. La plupart des blessés l'éprouvent dans une plus ou moins grande étendue, & avec des symptômes plus ou moins alarmans. Elle accompagne les plaies produites par des instrumens piquans, tranchans & contondans; peut-être plus spécialement les premières.

VII. Une douleur, tantôt sourde & obtuse, tantôt aiguë & cuisante en est l'ordinaire avant-coureur; un gonflement des bords de la plaie, d'abord léger, bientôt plus étendu, vient s'y joindre; en même temps la langue se couvre d'un enduit jaunâtre; l'appétit se perd; des nausées, des envies de vomir, des vomissemens de matières bilieuses fatiguent le malade; il a du dégoût pour toute espèce d'alimens: quelquefois une rénitence plus marquée, une sensibilité plus vive qu'à l'ordinaire dans la région du foie se fait sentir; en un mot, on voit se déployer l'appareil modifié sous tant de formes, des symptômes gastriques.

VIII. Le mal fait-il des progrès? le gonflement s'étend, occupe tout le cuir chevelu, se propage même au visage, prend une couleur plus ou moins rouge, mêlée toujours, au visage sur-tout, d'une teinte jaunâtre, prompte à disparoître sous l'impression du doigt, & à revenir ensuite; se complique souvent d'un empâtement œdémateux; offre d'autres fois des vésicules, parsemées çà & là, & remplies d'une sérosité jaunâtre.

IX. Les douleurs de tête augmentent ; sur la peau, devenue sèche, se répand une chaleur toujours caractérisée par ce degré d'âcreté si frappant dans les affections bilieuses ; le pouls est dur, petit, serré, fréquent. L'aspect de la plaie change. Est-elle dans son principe? les bords se boursouflent, se sèchent, ne laissent échapper aucun fluide : la suppuration y est-elle déjà établie ? elle devient une sanie jaunâtre, fluide, souvent fétide. La tension des tégumens est considérable ; & si l'art ne parvient à procurer alors la résolution, des foyers de suppuration se forment ; le pus s'ouvre des issues ordinairement derrière les oreilles, à la paupière supérieure, souvent en d'autres lieux. Les symptômes sont-ils plus intenses ? le délire, l'assoupissement se manifestent quelquefois; mais en général dans ce cas le caractère bilieux domine moins que le phlegmoneux.

X. Si l'on réfléchit à la marche exactement tracée de l'accident qui nous occupe, on verra, 1°. qu'en général tout se présente ici sous l'aspect bilieux ; 2°. que le siége de la maladie existe essentiellement dans les premières voies dont la saburre entretient les symptômes; 3°. qu'il y a un rapport inconnu, mais réel, entre les organes gastriques, & les parties affectées d'éréspèle; rapport qui deviendra bien plus frappant, si on considère qu'il est rare que les symptômes deviennent violens, sans que le foie ne s'affecte ou même qu'un dépôt ne s'y forme, comme l'ont observé beaucoup d'auteurs, & Petit en particulier, sur un grand nombre de plaies à la tête qu'il eut à traiter en même temps dans l'hôpital militaire de Courtrai. Mais ce point fixera plus particulièrement notre attention dans la commotion & l'inflammation du cerveau.

XI. Si, d'après ces considérations, puisées dans l'observation stricte de la nature, il étoit permis de raisonner sur sa manière d'agir en ce cas, voici ce qui paroîtroit probable: 1°. un des effets particuliers aux plaies de la tête, est de produire, dans les organes gastriques, une disposition bilieuse, qui se manifeste par l'appareil ordinaire de ses symptômes, que nous voyons en effet précéder tous les autres accidens; 2°. cette disposition, bientôt généralement répandue dans le systême, porte plus particulièrement son influence sur les tégumens de la tête, déjà affectés de plaies, & y détermine la série des phénomènes exposée (VIII & IX); d'où il suit qu'il y a vraiment ici une action de la plaie sur les premières voies, & une réaction de celles-ci sur la plaie. Mais quel est ce lien inconnu qui enchaîne les uns aux autres, les dérangemens d'organes si éloignés? Qu'importe sa connoissance? il suffit qu'il existe, pour fonder sur lui nos indications curatives.

XII. Il arrive cependant quelquefois que le caractère bilieux est moins prononcé dans cette éréspèle; alors les nausées, l'amertume de la langue, &c., ne précédent point les accidens; la langue est au contraire sèche, aride, rougeâtre même; la soif devient ardente; le pouls est plus fort & moins serré; en même temps le gonflement devient considérable, mais la peau est plus tendue, plus rouge que dans le cas précédent; des douleurs aiguës, pulsatives, tourmentent le malade; la face paroît rouge, les yeux enflammés, & alors le délire, l'assoupissement, &c., se manifestent fréquemment. Ce caractère phlegmoneux de l'érésypèle se rencontre très-rarement en comparaison du premier, sur-tout dans les grands

hôpitaux, où tout dispose les malades à celui-ci. D'ailleurs, au bout de peu de temps, on voit en général les symptômes se calmer, sur-tout si les saignées ont été convenablement employées; & alors la langue commence à se charger, les nausées, les vomissemens surviennent, & tout se montre bientôt sous l'aspect bilieux.

XIII. La plupart des auteurs ont remarqué l'accident qui nous occupe; quelques-uns en ont tracé la marche; tous ont cru son siége purement local. Quelques-uns l'attribuent à la stagnation des sucs putrides dans l'épaisseur des tégumens, & quelquefois au-dessous du péricrâne. Pott croit que les symptômes indiqués (VII-X), dépendent seulement de la lésion des tégumens & du tissu cellulaire, tandis que s'ils prennent le caractère tracé (XII), ils sont dûs à la lésion de l'aponévrose épicranienne & du péricrâne. La plupart des autres praticiens, sans distinguer, comme Pott, la nature des symptômes, les attribuent tous également à cette lésion; prétendant même que dans la piqûre de l'aponévrose, l'engorgement est borné aux endroits où elle s'étend, que dans celle du péricrâne au contraire, elle est généralement répandue, opinion évidemment née des applications anatomiques, plutôt que de l'observation de la nature.

XIV. Est-il vrai qu'à la lésion de l'aponévrose & du péricrâne, soient en effet dûs les accidens? On aura des doutes sur ce point, si on observe, 1°. que l'une & l'autre membrane est insensible; 2°. que cette opinion est née dans un temps où on lui attribuoit une extrême sensibilité; 3°. que dans les autres parties du corps, on voit rarement une plaie dans laquelle une aponévrose ou le périoste ont été intéressés, se

compliquer de ces fâcheux ſymptômes; 4°. qu'ici, il eſt ſouvent des plaies qui n'intéreſſent que les tégumens & le tiſſu cellulaire, & où on les obſerve cependant, même avec le caractère phlegmoneux (XII); 5°. qu'il en eſt d'autres au contraire où l'on ne peut révoquer en doute la léſion des parties aponévrotiques & du péricrâne, & où cependant nul accident ne ſe manifeſte; 6°. qu'il eſt rare que ces accidens ne cèdent pas à des moyens dirigés principalement ſur les premières voies.

XV. Cependant quand l'inflammation s'eſt manifeſtée, qu'elle attaque ſur-tout les parties ſubjacentes à l'aponévroſe, on ne peut diſconvenir que la difficulté qu'éprouvent ces parties à ſe tuméfier par la tenſion de cette membrane, que l'eſpèce d'étranglement, qui, alors en réſulte, n'aggravent les accidens, ne changent même leur caractère & n'indiquent par conſéquent de grandes inciſions, pour remédier aux effets, en détruiſant la cauſe. Mais, en général, on a trop exagéré l'influence de ce principe; le plus communément, c'eſt dans le tiſſu cellulaire, qui exiſte au-deſſus de l'aponévroſe, que l'engorgement a ſon ſiége, qu'elle ait été bleſſée ou non; d'où il ſuit que le précepte des débridemens, ſi généralement établi, ne doit pas s'étendre à un auſſi grand nombre de cas, qu'on le croiroit en liſant certains auteurs.

§. III. *Du traitement.*

XVI. D'après ce qui a été dit (VII-XII), il eſt facile de concevoir quel doit être le traitement de l'accident qui nous occupe, s'il ſe manifeſte ſous l'apparence bilieuſe. 1°. détruire le mal dans ſon

foyer, en attaquant le principe qui l'entretient; 2°. en combattre localement les effets : telles sont ici les deux grandes indications qui s'offrent naturellement. Que serviroit en effet tout traitement local, si la disposition bilieuse, cause sans cesse agissante, n'est préliminairemenr détruite?

XVII. La première des deux indications se remplit en général par les évacuans qui, débarrassant les premières voies de la saburre dont elles sont engouées, détruisent son influence sur la plaie de tête.

XVIII. Pour satisfaire à la seconde, les émolliens & les résolutifs réunis, présentent en général de grands avantages; ils calment l'irritation, inévitable effet de la blessure, dissipent les douleurs, & favorisent la résolution : plusieurs auteurs, Richter, Selle, Stoll en particulier, croient inutile l'usage de tout moyen extérieur dans le traitement de l'érésypèle, principe toujours vrai, lorsque le mal dépend d'une cause interne (alors Desault laissoit constamment la partie exposée au contact de l'air), mais qu'il seroit dangereux de mettre en pratique, lorsqu'une contusion, une plaie lui a donné naissance.

XIX. Sur ces deux indications reposoit toute la pratique de Desault dans les plaies avec engorgement érésypélateux, où le traitement suivant étoit employé. Dès le premier instant de l'apparition des symptômes gastriques, dès que le plus léger engorgement se manifeste sur les bords de la plaie, quelque grande que paroisse la chaleur à la peau, quelque violente que soit la fièvre, un grain de tartre stibié est donné en grand lavage. Tout retard seroit alors funeste, & le conseil de certains praticiens, qui veulent qu'on prépare le malade par quelques délayans, ne sauroit ici

trouver place ; par-là vous donneriez le temps à la diſpoſition bilieuſe de ſe développer, à l'engorgement de s'étendre, & bientôt vous ne ſeriez plus maître d'empêcher la formation du pus.

xx. En même temps la tête préliminairement raſée, doit être recouverte, à l'endroit de la bleſſure, d'un cataplaſme arroſé d'une liqueur réſolutive ou de compreſſes imbibées de la même liqueur. Mais il eſt ici une précaution eſſentielle, c'eſt de ne pas étendre ces applications beaucoup au-delà des bords de la diviſion. Là ſe trouve le point d'irritation ; plus loin l'effet du remède ſeroit peut-être de favoriſer la tuméfaction des parties.

xxi. Ordinairement les accidens diminuent auſſitôt après les évacuations produites par l'émétique, & un ſeul grain ſuffit ſouvent, quoique ſon effet n'ait été que d'augmenter la ſécrétion de la tranſpiration & des urines : mais ſouvent auſſi il faut répéter deux ou trois fois l'uſage du même moyen ; l'obſervation ſuivante, recueillie par Vincendon, en eſt un exemple.

OBS. I. Un homme âgé de 32 ans, eſt apporté à l'Hôtel-Dieu, avec une plaie à la tête étendue depuis la réunion de la future ſagittale avec la lambdoïde, juſqu'au petit angle de l'œil droit. L'état d'ivreſſe du malade ne lui permet de donner aucun renſeignement. La tête eſt raſée ; les bords de la plaie rapprochés par des bandelettes aglutinatives, recouvertes de charpie & de compreſſes imbibées d'eau végéto-minérale.

Le lendemain, ſignes de ſaburre dans les premières voies ; douleurs dans le col & les épaules ; chaleur âcre à la peau ; émétique donné en lavage ; ſelles copieuſes : le troiſième jour, gonflement éréſypélateux à

l'œil droit & aux environs; nouveau grain d'émétique répété, le lendemain & le sur-lendemain: le quatrième jour, réunion des bords de la plaie; simple bandage unissant conservé: le cinquième jour, fluctuation vers le petit angle de l'œil; cataplasme appliqué sur la partie; gonflement éréfypélateux renouvelé; grain de tartre stibié administré en lavage: le sixième, évacuation spontanée du pus par deux issues; tumeur sanguine ouverte à la région temporale droite: le treizième jour, cicatrisation complète de la plaie; signes de saburre; nouveau grain d'émétique: le trentième jour, cicatrisation de l'ouverture faite à la tumeur sanguine: le trente-sixième jour, sortie du malade parfaitement guéri.

XXII. Pendant tout le temps du traitement, une tisane délayante, l'eau de chien-dent, édulcorée avec l'oximel, par exemple, est prescrite au malade; la diete sévère les premiers jours, & même tant que les accidens subsistent, doit se relâcher peu à peu. En général on observe que trop prolongée, elle augmente l'acrimonie des humeurs, & reproduit souvent la disposition bilieuse, sur-tout dans les lieux mal-sains, tels que les prisons, les grands hôpitaux, &c.

XXIII. La saignée, que quelques auteurs recommandent ici, présente toujours une somme très-grande d'inconvéniens. Desault a constamment observé que les malades à qui on l'avoit pratiquée, surtout plusieurs fois, avant leur entrée à l'hôpital, éprouvoient des symptômes plus graves & plus effrayans.

XXIV. Lorsque les accidens sont dissipés, que la plaie s'avance vers la cicatrisation, il est prudent de ne pas l'exposer trop vîte au contact de l'air. Une

rechute funeste en pourroit être la suite, comme le prouve l'observation suivante, communiquée par Derrécagaix.

OBS. II. Jean Petit tombe, blessé à la tête, le 22 avril 1792, de plusieurs coups de pot d'étain, se relève & vient à l'Hôtel-Dieu quelques heures après l'accident. Trois plaies, l'une longitudinale au front, l'autre plus petite au sommet de la tête, une troisième à lambeau près l'angle externe de l'œil, sont réunies & pansées simplement avec des compresses arrosées d'eau végéto-minérale : le lendemain, douleur; léger gonflement; commencement d'éréfypèle & de saburre dans les premières voies; émétique en lavage : le troisième jour, accidens presque dissipés : le cinquième jour, réunion presque complète des plaies; imprudence du malade, qui se croyant guéri, se débarrasse de son appareil, reste même quelque temps exposé à l'air. Le soir, engorgement; douleur; éréfypèle aux environs de la plaie; fièvre; symptômes gastriques. Le lendemain, boisson émétisée : le septième jour, mieux dans les accidens, excepté la tuméfaction augmentée au front : le huitième, ouverture spontanée d'un dépôt formé au centre de grande plaie : le neuvième, légères douleurs; nouveau grain d'émétique : le quinzième, cicatrisation de toutes les plaies achevée; sortie du malade bien guéri.

XXV. Si, au lieu de suivre la marche indiquée (VII-X), les accidens se montroient sous l'appareil de symptômes tracés (XII), les évacuans pourroient, donnés dans les premiers instans, augmenter l'érétisme, qui déjà est considérable; aussi doit-on faire précéder leur usage des moyens propres à le

détruire, tels que les ſaignées plus ou moins ſouvent répétées, les fomentations émollientes; & même ſi on ſoupçonnoit étranglement à l'aponévroſe, ſection incomplète des nerfs, pratiquer de grandes & profondes inciſions, qui puiſſent détruire ces obſtacles. Bientôt la diſpoſition bilieuſe qui ſe manifeſte indique la néceſſité de recourir au traitement précédent, lequel convient le plus communément dès l'invaſion du mal, ſur-tout dans les grands hôpitaux, où tout ſemble ſe montrer ſous l'aſpect bilieux.

FRACTURES DU CRANE.

§. IV. *Des variétés.*

XXVI. Les fractures aux os du crâne, ſont un des effets les plus communs de l'action des corps contondans, ſur cette boîte oſſeuſe. Elles arrivent en général de deux manières; 1°. directement; 2°. par contre-coup. Dans le premier mode de diviſion, là où agit le corps extérieur, là arrive la fracture. le ſecond eſt caractériſé par un phénomène contraire, ſoit que la fracture ſurvienne dans l'endroit diamétralement oppoſé au lieu frappé, ou qu'elle arrive dans l'os voiſin de celui qui a reçu le coup, ſoit que celui-ci ſe rompe dans un point autre que celui de la percuſſion, ou que la table interne ſeule ſoit diviſée, l'externe reſtant intacte; de-là réſultent quatre eſpèces eſſentiellement différentes de contre-coups. Pluſieurs auteurs nient en général leur poſſibilité; mais aujourd'hui que les plus exactes obſervations en atteſtent la réalité, & que la ſaine phyſique en démontre le mécaniſme, on ne ſauroit les

révoquer en doute ; un grand nombre d'exemples s'en eſt offert à Deſault.

XXVII. Dans la fracture par contre-coup, communément la diviſion eſt ſimple ; dans la ſolution directe, elle peut l'être auſſi ; mais ſouvent elle ſe multiplie, & alors, tantôt à un ſeul centre viennent aboutir pluſieurs traits ; c'eſt la fracture en étoiles ; tantôt deux ou trois diviſions ſe rencontrent à angle ; tantôt, &c.

XXVIII. L'une n'eſt jamais accompagnée d'eſquilles, de fragmens, &c. l'autre préſente ſouvent cette complication, toujours d'autant plus funeſte, que ces portions d'os peuvent, déprimées par la cauſe de la fracture, comprimer le cerveau, & donner lieu à de nombreux accidens. La première eſt ordinairement ſubjacente à des tégumens ſains ; des plaies, des contuſions, une dénudation de l'os, indiquent ſouvent la ſeconde.

XXIX. Toutes deux varient, & dans leur longueur, quelquefois bornée à deux ou trois pouces, ſouvent prolongée d'un côté du crâne à l'autre, ou même juſqu'à ſa baſe, & dans leur direction, longitudinale, tranſverſale, oblique, ou offrant une courbure ſenſible, & dans leur largeur, dont les degrés différens ont fourni aux auteurs la diſtinction, ſi répétée dans l'école, de félure, fente & fracture. Un trait capillaire indique la félure, dans laquelle les bords ſont en contact, & où la table interne n'eſt quelquefois pas intéreſſée. Plus éloignés dans la fente, les bords de la diviſion le ſont toujours manifeſtement dans la fracture, où des caillots de ſang rempliſſent ordinairement l'interſtice. Quelquefois la table externe eſt ſeule diviſée, l'interne ayant réſiſté au coup ; & alors il n'y a jamais que félure.

xxx. L'épanchement ſanguin, la commotion, l'inflammation du cerveau, ſont les accidens les plus communs & les plus graves des ſolutions de continuité aux os du crâne. Quelquefois au lieu de ces ſolutions, l'écartement des ſutures eſt le réſultat des percuſſions ſur la boîte oſſeuſe, accident qui communément arrive par contre-coup.

§. V. *Des cauſes.*

xxxi. J'ai établi (xxvi) deux modes de fractures, l'une directe, l'autre par contre-coup. Pour concevoir comment elles arrivent, remarquons d'abord que le premier effet de l'action des corps contondans ſur la boîte oſſeuſe, eſt de lui imprimer ſubitement une forme différente de celle qui lui eſt naturelle, de l'applatir dans un ſens, de la rendre plus ſaillante dans l'autre. De-là réſulte inévitablement dans les fibres oſſeuſes, une diſtenſion, un ébranlement qui, s'ils ſont répandus généralement dans les os du crâne, produiſent la fracture, là où ſupérieurs à la ductilité naturelle de ces os, ils trouvent moins de réſiſtance. Or, ſi le lieu frappé réſiſte dans ce cas, comme 10, tandis qu'un autre point ne réſiſte que comme 5, il eſt évident que là ſurviendra la ſolution de continuité : c'eſt le contre-coup. Moins de ſolidité ſe rencontre-t-elle au contraire là où tombe la percuſſion, la fracture ſera directe.

xxxii. Mais pour que les choſes ſe paſſent ainſi, il eſt néceſſaire, comme je viens de le dire, que le mouvement ſoit généralement répandu dans toute la boîte oſſeuſe, ce qui n'arrive que quand le corps frappant, orbe & large, heurte une ſurface également

étendue du crâne. Offre-t-il au contraire une saillie sensible, une pointe? l'os cède à l'endroit frappé, & le mouvement borné là, ne pourra se répandre. Une comparaison rendra ceci plus sensible: placez une main à l'extrémité d'une poutre; qu'à l'autre extrémité on frappe avec un marteau pointu; l'instrument enfoncera, & aucune secousse ne sera imprimée à votre main: qu'ensuite la même expérience soit répétée avec un marteau à tête largement convexe, la secousse sera violente. L'application est facile.

XXXIII. Comme les corps frappans présentent communément des angles plus ou moins saillans, on conçoit la raison de la fréquence des fractures directes, toujours plus grande que celles des contre-coups, qui ne peuvent survenir que par l'action de corps larges & convexes. Passons, au reste, sur de plus amples détails théoriques, déplacés dans un ouvrage tout consacré à la pratique.

§. VI. *Des signes.*

XXXIV. Pour établir avec précision les signes caractéristiques des fractures du crâne, il faut supposer quatre états différens, auxquels peuvent se rapporter tous ceux qu'offrent la pratique; 1°. dénudation aux os du crâne fracturés; 2°. plaies sans dénudation, recouvrant la fracture; 3°. contusion sans plaie, correspondant également à la division; 4°. nulle trace sensible de lésion aux tégumens externes.

XXXV. Il n'est pas de doute dans le premier cas; l'inspection seule suffit pour nous indiquer la division, lorsque la plaie, exactement nétoyée, offre l'os bien

à

à découvert. Une ſuture, ſelon la remarque d'Hipocrate, le trajet d'une artère ou l'impreſſion de l'inſtrument qui a fait la plaie, pourroient ſeuls jeter ici de l'incertitude, facile à lever cependant, dans le premier cas, par les connoiſſances anatomiques, qui nous diſent là où exiſte ou non une ſuture; dans les deux autres, par le ſecours de la rugine qui, laiſſant toujours la trace de la fente, après avoir enlevé une portion conſidérable de ſubſtance oſſeuſe nous indique que c'eſt une diviſion de l'os, mieux que ne pourroit le faire l'encre verſé ſur ſa ſurface dénudée, moyen ſi généralement en uſage depuis le père de la médecine.

XXXVI. Dans le ſecond cas (XXXIV), de deux choſes l'une; ou la fracture eſt avec écartement conſidérable, eſquilles, enfoncement, &c., &c., & alors le tact ſeul ſuffit pour la faire reconnoître à travers la plaie des tégumens qui la recouvrent, ou elle ne préſente qu'une ſimple fêlure ou une fente; & dans ce cas rien ne peut nous l'indiquer que la dilatation de la plaie & la dénudation de l'os: opération toujours inutile, comme je le prouverai bientôt, tant que les accidens ne ſe manifeſtent pas, & même ſouvent lors de leur apparition. Quelques auteurs ont prétendu que le mauvais état des bords de la plaie, leur gonflement, leur ſuppuration ſanieuſe indiquoient une fracture ſubjacente; mais, 1°. ſouvent il y a diviſion & plaie, ſans que ce ſigne ait lieu; 2°. il exiſte quelquefois ſans que la fracture l'accompagne.

XXXVII. La règle précédente eſt applicable au diagnoſtic de la fracture, dans le troiſième cas (XXXIV); il eſt ici ſeulement une attention en touchant le lieu contus, pour rechercher s'il y a diviſion à l'os: c'eſt

de ne pas s'en laisser imposer par certaines tumeurs sanguines, dont les bords durs & rénitens, le centre mol & compressible offrent à une main peu exercée le sentiment d'une fracture avec enfoncement. C'est au célèbre Petit qu'est dûe cette remarque, répétée depuis par tous les auteurs qui ont écrit sur cette matière.

XXXVIII. Dans le quatrième cas (XXXIV), où aucune lésion extérieure ne se manifeste, comme il arrive si souvent dans les contre-coups, si le tact n'indique pas la fracture, quels signes avons-nous pour la reconnoître ? ils sont rationels ou sensibles : les premiers laissent toujours un degré d'incertitude tel, & sur l'existence & sur le lieu de la division à l'os, que jamais on ne peut asseoir sur eux un solide diagnostic. Leur exposé suffira pour en juger :

XXXIX. 1°. Bruit, comme d'un pot qui se casse, entendu à l'instant de la chute; mais le trouble du malade lui permet-il alors de rien distinguer ? Ce bruit est-il l'inévitable résultat de la division ? 2°. Hémorragie du nez, des oreilles, des yeux. Le coup ne peut-il pas rompre dans ces cavités quelques petits vaisseaux, sans intéresser le crâne ? 3°. Douleur à l'endroit de la fracture, quand le malade mange, ou qu'un corps placé entre ses dents est tiré avec force. Qui empêche qu'une simple contusion à l'os, au péricrâne, ne produise cet effet ? L'expérience d'ailleurs prouve qu'il n'existe pas toûjours avec la fracture ; même insuffisance dans ce signe, lorsqu'en pressant en tout sens la tête, on rencontre un point plus sensible qu'ailleurs, indice, selon les auteurs, Bell en particulier, de la solution de continuité à l'os. 4°. Mouvement automate du malade, qui porte son doigt à l'endroit

de la fracture. Il suffit qu'un point soit douloureux pour déterminer ce mouvement; & combien d'autres causes que la fracture produisent ici la douleur! 5°. Tuméfaction, empâtement, œdématie à l'endroit fracturé. Combien la pratique n'offre-t-elle pas souvent la fracture sans le signe, & ce signe sans la fracture! 6°. Trace imprimée à l'endroit de la division, sur un large cataplasme, placé pendant un certain temps sur la tête. L'expérience a désavoué ce signe, sur-tout dans la pratique de Desault, qui pour d'autres raisons, faisoit constamment usage de ce cataplasme dans les plaies de la tête. 7°. Force de la percussion, direction du coup, masse de l'instrument, &c. A-t-on toujours cet instrument sous les yeux? le malade est-il en état d'en rendre compte? 8°. Détachement du péricrâne de dessus l'endroit fracturé; que de fractures sans ce phénomène! combien de fois ce phénomène ne s'est-il pas présenté sans fracture? 9°. Perte de connoissance, vertiges, vomissemens, paralysie. Tous ces signes indiquent la lésion du cerveau, & on sait qu'elle existe souvent sans division au crâne: d'ailleurs, combien de fractures sans ces symptômes!

XL. Il résulte de l'examen où nous venons d'entrer sur les signes des fractures du crâne, que si la vue, dans la dénudation des os, ou le tact, lorsque les tégumens les recouvrent, ne nous indiquent pas la division, il est impossible de prononcer avec quelque certitude & sur son existence & sur le lieu qu'elle occupe, d'après les signes rationels indiqués par les auteurs.

XLI. Il est donc absolument nécessaire, pour s'assurer de la réalité de la fracture, de mettre l'os

découvert, par des incisions convenables. Mais quelle règle dirigera le chirurgien dans ces incisions ? Au milieu de l'incertitude que laissent les signes donnés pour les plus positifs, tels que l'empâtement, l'expérience du cataplasme, la douleur locale, le détachement du péricrâne, &c., quel principe guidera le bistouri ? Ne risquera-t-on pas de labourer inutilement une partie des tégumens de la tête, d'augmenter, par les douleurs qui en seront l'inévitable résultat, les accidens de la maladie ; d'alonger singulièrement le traitement, par la lenteur de la cicatrisation des plaies aussi étendues ?

XLII. Je prouverai (LXXX), que l'indication du trépan n'existe jamais sans les accidens de la compression du cerveau. Ainsi, qu'importe jusqu'à ce qu'ils surviennent, la connoissance de la fracture ? changera-t-elle le traitement ? non, sans doute. Pourquoi donc, sans aucun but réel, fatiguer le malade par de douloureuses recherches ?

XLIII. Si les accidens de la compression se manifestent ; telle est, comme je prouverai (LI-LXIV), leur incertitude, que rarement il est indiqué d'ouvrir le crâne. Or, sans cette indication, que sert encore de connoître l'endroit fracturé ? la fracture bien constatée n'ajoutera pas à la nécessité du trépan, puisque par elle-même & pour elle-même, elle ne l'exige jamais. Les incisions, dans l'un & l'autre cas ne pourroient avoir l'avantage que de dégorger le tissu cellulaire & les tégumens tuméfiés. Mais n'est-il pas d'autres moyens d'y parvenir ?

XLIV. Il résulte de-là que les auteurs ont étendu à un trop grand nombre de circonstances le précepte des incisions, pour découvrir les fractures du crâne ;

on n'en fera pas étonné, si on considère, qu'il n'est qu'une conséquence immédiate du précepte si généralement adopté, de trépaner toutes les fois que ces sortes de fractures existent.

XLV. S'il n'est pas commun de rencontrer des cas où il faille avoir recours à ces incisions, pour rechercher une fente ou félure, sans aucun signe apparent, il n'en est pas de même lorsque l'écartement des bords de la division est considérable; alors elles sont nécessaires lorsqu'il faut donner issue aux fluides qui s'échappent par l'interstice; lorsqu'il y a enfoncement, esquilles, cas dans lequel il est indiqué d'enlever, de redresser les pièces osseuses; lorsque des tumeurs sanguines recouvrent la fracture, circonstance où il faut évacuer le sang épanché, &c.: mais alors nous n'avons pas de doute sur le lieu de la fracture que le tact indique (XXXVI), & il n'est pas dangereux de multiplier d'inutiles & fatiguantes incisions.

XLVI. Si les accidens nécessitoient indispensablement la recherche d'une félure ou d'une fente, sans lésion aux tégumens, l'empâtement favorisé par l'application des cataplasmes, la douleur locale, le mouvement du malade, portant sa main constamment au même endroit, serviroient foiblement à diriger le praticien. Une plaie existe-t-elle? on en écarte les bords, on la fait pénétrer jusqu'à l'os; & si on voit la fracture, on incise suivant la direction qu'elle présente, soit vers un angle de la plaie, soit dans tout autre endroit. La division est-elle capillaire? la rugine sert à la découvrir. Passons sur ces préceptes très-détaillés par les auteurs, & sujets à presqu'autant de modifications qu'il se présente de cas.

§. VII. *Des accidens.*

XLVII. Les fractures du crâne présentent en général par elles-mêmes, un caractère peu fâcheux. Tout moyen propre à favoriser leur consolidation est communément superflu, & le pronostic funeste qu'en tirent les praticiens, ne dépend que des accidens qui les accompagnent, & qu'elles produisent. Or, ces accidens, suites des fractures, peuvent se rapporter à un effet unique, la compression du cerveau, que deux causes différentes, l'épanchement & l'enfoncement peuvent également faire naître. Il est essentiel d'examiner ces deux causes, avant que de traiter de la cure des fractures du crâne, sur laquelle elles ont une influence marquée.

§. VIII. *De la compression du cerveau, par l'épanchement.*

XLVIII. Mon objet n'est point ici de traiter de l'épanchement purulent, suite de l'inflammation du cerveau ou de ses membranes, qu'il faudroit, pour cela, préliminairement connoître. Je ne considérerai que celui formé plus ou moins promptement, par l'effet même du coup qui a été porté sur le crâne, renvoyant à un article particulier la suppuration du cerveau.

XLIX. Or, cette espèce d'épanchement peut avoir lieu, 1°. entre le crâne & la dure-mère; 2°. entre cette membrane & la pie-mère; 3°. dans la substance même, ou les cavités du cerveau. Dans le premier cas, il y a toujours décollement de la dure-mère

d'avec les os du crâne, dans une plus ou moins grande étendue; & alors les sources de l'épanchement sont: & les vaisseaux de communication de l'une aux autres, inévitablement rompus, & les vaisseaux du diploé, qu'a également rompu la fracture. Dans les deux autres cas, l'épanchement est l'effet de la secousse générale, qui déchire les vaisseaux sanguins du cerveau, de la pie-mère, comme elle rompt ceux des oreilles, du nez, lorsqu'il survient hémorragie à ces cavités.

L. La première espèce d'épanchement peut survenir dans toutes les parties du crâne; elle est ordinairement mortelle à sa base; toujours elle se trouve circonscrite dans un espace plus ou moins grand. La seconde est constamment telle, que ce fluide disséminé entre la dure-mère & l'arachnoïde, occupe presque tout leur intervalle, & par là occasionne toujours une pression peu sensible, à moins que la quantité de fluide extravasé ne soit considérable. Dans la troisième espèce, le sang est également disséminé, si l'épanchement a eu lieu dans les circonvolutions; il est circonscrit, s'il existe dans la substance cérebrale, ou les ventricules: ces remarques sont essentielles, comme nous le dirons bientôt.

LI. Quel que soit l'espèce de l'épanchement, on le voit également arriver, sans fracture, comme avec division aux os. Examinons, dans l'un ou l'autre cas, quels signes peuvent nous faire présumer, 1°. son existence; 2°. le lieu qu'il occupe. Cette recherche est indispensable pour porter un jugement exact sur la nécessité du trépan, dont le but est le plus souvent de donner issue à cet épanchement.

LII. Les auteurs ont indiqué, comme symptômes de l'existence de l'épanchement, l'assoupissement, la

perte de connoiſſance, les vertiges, la ſtupeur, le délire même du malade. Ces phénomènes ſont en effet le réſultat de la compreſſion du cerveau. L'expérience de ceux chez leſquels cet organe, mis à nu dans une de ſes parties, a été comprimé, ne laiſſe là-deſſus aucun doute; mais il peuvent également provenir de la commotion, de l'inflammation de la ſubſtance cérébrale; il faut donc, pour la certitude du diagnoſtic, fixer quand ils dépendent de l'une, ou quand ils ſont dûs aux autres. Petit a donné le caractère ſuivant: l'aſſoupiſſement arrivé à l'inſtant du coup, eſt l'effet de la commotion; ſurvenu quelque temps après, il eſt le réſultat de l'épanchement. Mais, 1°. combien d'épanchemens ſi ſubits, que quelques inſtans s'écoulent à peine entre le coup & leur formation? Faut-il long temps aux vaiſſeaux nombreux, qui ſont alors rompus pour produire cet accident? D'ailleurs le plus ſouvent, quels renſeignemens exacts peut-on avoir ſur ces ſortes de malades? 2°. la commotion & l'épanchement ne peuvent-ils pas ſe ſuccéder, ou plutôt n'eſt-ce pas ce qui arrive communément? Un homme tombe; une commotion légère eſt la ſuite de ſa chute; à l'inſtant l'aſſoupiſſement ſurvient. Cependant la commotion ſe diſſipe, mais l'épanchement ſe forme & l'aſſoupiſſement continue, quoique par une cauſe différente. A juger d'après Petit, n'eſt-ce pas à la commotion que devroit être ici attribué l'accident? On voit cependant le contraire, puiſque l'épanchement a continué l'effet qu'elle a momentanément produit; 3°. l'épanchement & la commotion ne peuvent-ils pas ſe compliquer enſemble, & alors auquel des deux attribuera-t-on les accidens? Si l'aſſoupiſſement ceſſe & ſe reproduit alternativement, on l'attribue communément à

l'épanchement, mais Desault a souvent observé ce phénomène, sur des malades dont les cadavres ne lui ont offert aucune trace de sang épanché.

LIII. On distingue en général plus facilement les symptômes causés par l'inflammation, de ceux produits par l'épanchement, parce que les premiers ne surviennent que quelque temps après l'accident, six, huit, douze jours même. Mais si, comme il arrive quelquefois, il se manifestent plutôt; si, dès qu'il a été contus, le cerveau s'engorge, alors quel signe distinctif? La fièvre précède, dit Petit, la première espèce d'assoupissement; elle n'est que consécutive à la seconde. Mais combien de fois l'inverse n'a-t-il pas été observé? J'en ai rapporté deux exemples dans le journal de chirurgie. Dans l'un la fièvre avoit précédé l'assoupissement & on trouva du sang épanché; dans l'autre nulle fièvre n'avoit été l'avant-coureur de ce phénomène, & les membranes furent trouvées enflammées. Si l'épanchement & l'inflammation se compliquent, quels signes caractéristiques? Au reste lorsque l'inflammation existe isolément, & qu'elle ne survient qu'au bout d'un certain temps, l'ensemble de ses symptômes prend un aspect fébrile qui la décèle ordinairement.

LIV. Il résulte de ce que je viens de dire que l'assoupissement, la perte de connoissance, le délire, &c. offrent des caractères trop vagues, & que, d'après leur existence, on ne peut jamais affirmativement prononcer sur celle de l'épanchement.

LV. La paralysie est-elle un signe plus certain? comme l'assoupissement elle indique, il est vrai, l'épanchement sanguin, mais comme lui, elle indique aussi la commotion, l'inflammation. Quelle survienne

à l'inſtant du coup, qu'elle arrive quelque temps après, nous ne pouvons pas en tirer de règle plus aſſurée que dans le cas précédent; même incertitude ſur le précepte de Petit. On dit que la paralyſie d'un côté, annonce l'épanchement du côté oppoſé, qu'il y a auſſi des rapports marqués entre la paralyſie des extrémités ſupérieures, inférieures, &c. & le ſiége de l'épanchement dans certaines parties du cerveau. Mais combien de fois les ouvertures de cadavres ne jettent-elles pas de l'incertitude ſur ce principe? Combien de fois n'a-t-on pas trouvé à l'Hôtel-Dieu des épanchemens du côté affecté, en même-temps que du côté oppoſé, ou bien le ſang généralement répandu, tandis que la paralyſie étoit locale? Je ſuppoſe d'ailleurs ce principe vrai; diſtingue-t-il à nos yeux la compreſſion du cerveau, des autres affections de cet organe? En ſuppoſant qu'il la diſtingue, nous indique-t il avec préciſion le lieu de l'épanchement dans un des côtés de la tête?

LVI. Ce que nous venons de dire de la paralyſie, s'applique aux convulſions qui ſont en plus ce que la paralyſie eſt en moins. Fût-il vrai qu'elles exiſtent conſtamment du côté de l'épanchement, qui nous dira qu'elles reconnoiſſent cette cauſe? qu'elles ne dépendent pas de l'affection du cerveau? L'obſervation prouve au contraire, qu'elles en ſont le plus commun effet.

LVII. Aux convulſions & à la paralyſie, comme effets généraux, ſe rapportent divers phénomènes particuliers, tels que: les vomiſſemens ſpaſmodiques, les déjections involontaires de matières fécales, d'urine, l'immobilité de l'iris dilatée ou rétrécie dans ſon ouverture, & autres accidens que pluſieurs

causes produisent, & qui, pour cela, ne peuvent en caractériser aucune.

LVIII. Même jugement sur les signes tirés de l'hémorragie du nez & des oreilles, de la fièvre, de la rougeur au visage, de la difficulté de respirer, de la respiration stertoreuse, de la force avec laquelle le coup a frappé, &c. Tant de causes peuvent donner lieu à ces symptômes que le praticien ne peut jamais en distinguer une spécialement.

LIX. Les différens phénomènes que nous venons d'examiner n'ont rapport qu'à l'existence de l'épanchement, sans en déterminer le lieu. Or, je crois avoir prouvé (LII-LVIII), qu'ils ne peuvent jamais, en aucune circonstance, nous indiquer d'une manière positive cette existence : supposons cependant qu'ils nous en aient donné la preuve; c'est peu pour l'indication du trépan, il faut encore savoir là où existe le fluide épanché; premièrement, s'il se trouve entre la dure-mère & les os du crâne, dans l'intervalle des méninges, ou dans le cerveau; secondement à quel point de la boîte osseuse il répond.

LX. Or, il est évident que nul signe, nul caractère ne peuvent nous instruire avec précision, dans lequel de ces trois endroits il se rencontre, ne peuvent nous dire si, existant sur la dure-mère, il ne se trouve point aussi au-dessous, ou dans les ventricules, ce qui cependant seroit essentiel. Mais supposons encore que nous soyons assurés de l'existence du fluide épanché sous les os du crâne même : à quel lieu répond-il ? ici même vague, même incertitude. L'exposé des signes donnés par les auteurs, en convaincra.

LXI. La douleur plus vive que le malade ressent dans un endroit du crâne, le mouvement automate

par lequel il y porte la main, la tendance à se coucher sur un endroit plutôt que sur un autre, peuvent dépendre de mille causes, autres que l'épanchement, & les praticiens sont généralement d'accord sur l'incertitude qui en résulte pour le diagnostic. La douleur que le malade éprouve dans un point, en mâchant, ou si on tire avec force un corps placé entre ses dents, n'est pas plus positive, pour l'épanchement que pour la fracture (XXXIX).

LXII. Admettra-t-on comme indice d'un fluide épanché, le décollement du péricrâne, fondé sur ce principe, si préconisé par quelques Anglois, que là où cette membrane se détache, là la dure-mère s'isole aussi des os du crâne? Mais chaque jour l'expérience renverse à l'Hôtel-Dieu cette doctrine, & dans le cas de sang épanché, & dans le cas de suppuration du cerveau ou de ces membranes, en nous montrant l'épanchement sans decollement, & le décollement sans épanchemenr subjacent.

LXIII. Les fractures ont paru à tous les auteurs un signe plus réel du lieu de l'épanchement sanguin. Il ne peut en effet y avoir rupture au diploé, ont-ils dit, sans déchirement de ses vaisseaux, hémorragie, & par suite, épanchement: de-là principalement le précepte de trépaner dans toutes les fractures. Mais l'expérience & la raison infirment également cette assertion. 1°. L'expérience: d'un côté que de fractures, l'ouverture des cadavres ne nous montre-t-elle pas sans aucun espèce d'épanchement? D'un autre côté, combien de fois n'y arrive-t-il pas épanchement sans nulle fracture, ou dans tout autre endroit que celui qui a été divisé. Desault assuroit que ces deux cas se sont offerts bien plus souvent à lui, que celui où un

épanchement étoit ſubjacent à une fracture. D'où il ſuit qu'il y a autant au moins de probabilités contre, que pour l'opération du trépan, dans le cas de fracture à découvert, même lorſque les accidens indiqués par les auteurs, comme ſignes d'épanchement, ſe manifeſtent. 2°. La raiſon ne nous dit-elle pas qu'il peut y avoir fracture ſans décollement de la dure-mère, autre que celui néceſſité par l'écartement des bords, & décollement de la dure-mère ſans fracture, ou décollement dans un endroit différent de celui qui a été rompu, de même que les os du crâne ſe diviſent ailleurs que là où ils ont été frappés, que les bords de la diviſion peuvent même être tellement rapprochés, qu'aucun ſuintement ne devient poſſible, comme on le voit ordinairement arriver, quand la table externe a été ſeule intéreſſée, l'interne étant reſtée intacte (XXIX)?

LXIV. L'opération du trépan confirme ce que nous avançons ici. Dans les grands hôpitaux où l'habitude de voir, forme aux chirurgiens un diagnoſtic ſolide, qui ne fait qu'on trépane le plus ſouvent ſans rien rencontrer ſous la fracture? Quel praticien peut dire, à moins que le ſang ne s'échappe entre les bords de la diviſion, je trouverai là un épanchement? En ſuppoſant même que le ſang s'échappe, ne peut-il pas venir ſeulement des vaiſſeaux du diploé, rompus par la fracture, & non de l'épanchement? La dure-mère ne peut-elle pas avoir reſté adhérente à l'endroit fracturé, ou au moins ne s'être détachée, comme je l'ai dit, que dans un très-petit eſpace, & d'une quantité déterminée par l'écartement des bords de la diviſion? L'obſervation l'a prouvé à Deſault en pluſieurs rencontres.

OBS. I. Un maçon tombe d'un échafaudage, ſe

fait une large plaie avec dénudation du pariétal gauche, qui est divisé par une fracture transversale. A l'instant du coup, il tombe dans l'assoupissement. On l'amène à l'Hôtel-Dieu, où l'on observe la fracture sensiblement écartée dans ses bords, & laissant échapper un sang fluide & noirâtre : le pansement ordinaire est employé ; l'émétique est administré ; vains secours : les accidens augmentent ; le malade meurt, & à l'ouverture du cadavre on ne rencontre aucun épanchement dans toute l'étendue des os du crâne : la dure-mère étoit à peine décollée à l'endroit fracturé.

LXV. De ce que nous venons de dire (LX-LXIII), il résulte d'abord qu'aucun signe positif ne nous indique si un épanchement sanguin se rencontre au-dessus, au-dessous de la dure-mère ; ou dans les cavités cérébrales : en second lieu, qu'en le supposant entre le crâne & la dure-mère, jamais nous ne pouvons être assurés, à quel point de cette boîte osseuse il correspond ; or, j'ai prouvé précédemment (LII-LVIII) que l'existence même de l'épanchement est constamment douteuse.

LXVI. Jusqu'ici nous n'avons considéré le diagnostic de l'épanchement, que sous le rapport des accidens qui peuvent l'éclairer : or, le vague de ce diagnostic s'accroîtra, si on considère que souvent le sang s'épanche sans qu'aucun accident en résulte : par exemple lorsqu'il se trouve disséminé entre les membranes du cerveau (L), ou lorsqu'il ne se forme que lentement, & si l'on peut dire ainsi, goutte à goutte, entre le crâne & la dure-mère, où il occupe quelquefois alors une large surface ; double circonstance dont l'ouverture des cadavres, comparée à l'état des malades, pendant leur vie, a démontré souvent la réalité.

LXVII. Si nous résumons maintenant tout ce qui a été dit sur les signes de l'épanchement sanguin ; voici quel en est le précis : de deux choses l'une ; ou les lésions de la tête par causes externes, s'accompagnent d'accidens, où elles en sont exemptes. Dans le premier cas, 1°. nulle certitude sur l'existence de l'épanchement ; 2°. en supposant cette existence, nulle certitude sur le lieu qu'il occupe, même dans le cas où il y a fracture à découvert. Dans le second cas, nulle certitude sur la non-existence de l'épanchement. D'après ces données, qui osera asseoir sur le diagnostic, les règles du traitement ? Qui s'exposera à des recherches imprudentes, à moins que telle soit la réunion des symptômes, que les plus fortes présomptions en soient le résultat ; mais combien ce cas est rare ? Nous reviendrons au reste sur cet article, dans le traitement des fractures du crâne.

LXVIII. Les effets de l'épanchement sanguin ne sont pas seulement de comprimer le cerveau, ce n'est là qu'un résultat primitif ; lorsque le malade n'a pas été victime des accidens qui en dépendent, il est encore à craindre qu'au bout d'un certain temps, les os du crâne ne s'affectent, ne se carient, ne se nécrosent, qu'une inflammation ne survienne aux membranes du cerveau, ou dans la substance de cet organe. Plusieurs observations attestent ces ravages secondaires : mais en général, il paroît que les auteurs les ont trop exagérés, & que le sang peut-être absorbé dans plusieurs circonstances, sur-tout quand il est disséminé sur une large surface & en petite quantité, quand il occupe, par exemple, l'intervalle des méninges, les anfractuosités du cerveau, & même quelquefois lorsqu'il existe entre le crâne & la dure-mère.

LIX. Les remarques ſuivantes ſont une preuve de ce que j'avance; 1°. dans l'opération du trépan, le plus communément on n'évacue qu'une petite quantité de ſang épanché: or, celui qui reſte ne produit pas toujours les accidens conſécutifs indiqués ci-deſſus; 2°. dans les cinq dernières années où Deſault a exercé la chirurgie à l'Hôtel-Dieu de Paris, il n'a point employé le trépan dans les cas nombreux de plaies de tête, avec fractures au crâne qu'il a eu à traiter. Les plus grands ſuccès couronnoient cependant ſa pratique, à moins que la nature des accidens n'indiquât une léſion au cerveau telle, que tout moyen devenoit ſuperflu. Or, dans le grand nombre des malades guéris, n'eſt-il pas probable que pluſieurs avoient des épanchemens ſanguins? Si les ſymptômes, indiqués par les auteurs, préſentoient quelque certitude, on pourroit aſſurer qu'un grand nombre en étoit affecté: donc, ou l'épanchement s'abſorbe, ou s'il ne s'abſorbe pas, ſouvent il ne produit aucun accident ſecondaire. Cette obſervation eſt importante; elle diminue la force de ce raiſonnement tant répété, ſavoir qu'il vaut mieux faire beaucoup de trépans inutiles, que de manquer de découvrir un ſeul épanchement, parce qu'il n'y a point de proportion entre les dangers de l'opération & ceux de la maladie.

§. IX. *De la compreſſion du cerveau par l'enfoncement des os du crâne.*

LXX. L'enfoncement des os du crâne eſt le réſultat d'une fracture, avec eſquilles, fragmens, que l'action du corps frappant déprime au-deſſous de leur niveau naturel. Quelques auteurs admettent un enfoncement

enfoncement indépendant de toute ſolution de continuité. Mais cette eſpèce ne peut arriver que dans deux cas : 1°. lorſque les os ſont encore mols, comme chez les enfans ; & alors dès que la cauſe ceſſera d'agir, leur élaſticité les rendra à leur forme primitive ; 2°. dans le cas de rachitis, & alors l'enfoncement ſera progreſſif ; il ſurviendra aux os du crâne, comme arrivent dans cette maladie la torſion des côtes, la courbure du fémur, du tibia, & la déviation de la colonne vertébrale. Ces deux ſortes d'enfoncemens ſont rares & toujours étrangers à l'indication du trépan, puiſque le premier n'eſt qu'inſtantané, & que le ſecond ſe formant lentement, habitue peu à peu le cerveau à être comprimé, change inſenſiblement ſa figure, la rend concave, à l'endroit qui lui correſpond, ce qui occaſionneroit un vide, ſi vous enleviez la pièce enfoncée.

LXXI. Les mêmes ſignes qui indiquent la compreſſion du cerveau par un épanchement ſanguin, la caractériſent auſſi lorſqu'elle eſt le réſultat de l'enfoncement : aſſoupiſſement, vertiges, perte de connoiſſance, paralyſie générale ou partielle, pouls plein, embarraſſé, reſpiration pénible, &c. &c. Mais ici plus de certitude ſe rencontre dans le diagnoſtic, ſous certains rapports. En effet, le tact, lorſque les os ne ſont pas découverts, la vue même dans les plaies avec dénudation, nous indiquent quelquefois l'exiſtence de la cauſe dont dépendent ces accidens, ou plutôt nous donnent des préſomptions ſur cette cauſe, qui peut ne pas être ſeulement l'enfoncement, mais bien encore la commotion, l'engorgement du cerveau, leſquels ſe compliquent fréquemment avec lui. On conçoit en effet combien il eſt difficile que cet organe

n'ait souffert aucune altération dans des secousses aussi considérables, que celles nécessaires pour produire ces sortes de fractures. L'épanchement lui-même est encore une plus fréquente complication de l'enfoncement; ensorte qu'on peut dire en général qu'il est rate qu'une seule cause produise les accidens qui accompagnent les lésions à la tête, & que jamais le praticien ne peut assuret d'où ils proviennent. Au reste, l'enfoncement est souvent très-difficile à reconnoître, sur-tout s'il y a gonflement aux tégumens qui recouvrent la fracture, & si les os sont peu déprimés; alots évitez l'erreur indiquée (XXXVII).

LXXII. Quoique nous ignorions ptesque toujours si les accidens dépendent exclusivement de l'enfoncement, en supposant même qu'il existe; examinons-les cependant, abstraction faite de toute autre cause. Or ils présentent alors un pronostic plus ou moins funeste, selon le degré de déptession, l'étendue, la forme des pièces osseuses. La mort est l'inévitable suite de ces grands enfoncemens, qui, comprimant le cerveau dans une large étendue, détruisent son organisation, rompent ses vaisseaux, ou y fotment un obstacle invincible à la circulation. Mais si l'enfoncement est peu considérable, si la pièce osseuse n'a pas dépassé de beaucoup le niveau des autres os, il est rare alors que ce cas soit mortel. Le premier effet d'un semblable enfoncement est de produire, il est vrai, l'assoupissement, & la plupart des autres symptômes de la compression, mais peu à peu le cerveau s'habitue à cet état de gêne, la circulation d'abord troublée, se rétablit, & si une autre cause, telle que la commotion, l'inflammation, n'entretient pas les accidens, on les voit peu à peu se dissipet, le malade revenir à lui au

bout d'un certain temps, recouvrer insensiblement ses fonctions intellectuelles & l'usage entier de tous ses sens, guérir enfin avec son enfoncement, qui est sensible au tact sous les tégumens, & qu'il garde toute sa vie, ou bien qui se relève peu à peu spontanément, ensorte que les pièces osseuses se trouvent, au bout d'un certain temps, au niveau les unes des autres. Desault a vu souvent ces deux modes de terminaison.

LXXIII. On sent combien il est essentiel, pour l'indication du trépan, d'avoir une idée exacte de ces effets primitifs de la compression du cerveau par enfoncement, & du degré de danger qu'ils présentent. Il n'est donc pas inutile de confirmer ce que j'avance ici par des exemples. Tous les auteurs qui ont écrit sur les plaies de tête, citent quelques faits où nous voyons l'enfoncement des os du crâne, abandonné à la nature, guérir très-bien, malgré les accidens qui le compliquent. Magatus rapporte plusieurs observations semblables, entre autres celles d'un enfant de dix ans & d'un adulte, chez lesquels les os ne furent point relevés, & qui guérirent cependant : Scultet, dans son arsenal de chirurgie, Ruick, Méry, Rohault, Palfin, nous disent également avoir vu des cas où tous les symptômes se sont peu à peu dissipés sans aucun secours externe : la plupart des chirurgiens Allemands, au rapport de Magatus, ne trépanoient dans aucun cas, & cependant leur pratique étoit suivie d'autant de succès que celles des chirurgiens Italiens & François. Une foule d'autres faits, répandus dans les traités d'opérations, prouvent que les accidens de l'enfoncement ne sont pas le plus souvent mortels par eux-mêmes ; & nous en aurions bien plus de preuves sans doute, sans le précepte si généralement adopté, de

trépaner dans ce cas : ce qui le confirme, c'eſt la pratique de Deſault, qui, pendant les cinq dernières années de ſa vie, où il avoit banni le trépan de l'Hôtel-Dieu, a guéri plus de fractures avec enfoncement, qu'auparavant où il avoit recours à cette opération, pour relever les pièces enfoncées. Des exemples ont été publiés dans le journal de chirurgie; dans les obſervations manuſcrites qu'a laiſſées Deſault, pluſieurs cas analogues ſe rencontrent. Que ſerviroit d'en groſſir ce mémoire? J'en rapporterai ſeulement une recueillie par Launay.

OBS. II. Jean Fortry, âgé de 45 ans, eſt apporté, le 4 mars 1793, à l'Hôtel-Dieu, ſans connoiſſance, avec les extremités froides, le pouls dur, petit, ſerré; on examine la tête; une large plaie, compliquée de fracture & d'un enfoncement ſenſible, eſt obſervée à la partie latérale droite.

Auſſi-tôt toute la tête raſée & miſe à nu eſt recouverte d'un large cataplaſme; on met le malade dans des draps chauds, & on lui pratique une copieuſe ſaignée : le ſoir, le pouls ſe relève, le malade reprend connoiſſance; un grain d'émétique eſt preſcrit : le lendemain & les jours ſuivans, ce moyen eſt continué, afin de combattre les affections du cerveau, qui pouvoient ſe joindre à l'enfoncement : le troiſième, la parole, juſqu'ici perdue, revient au malade; tout trouble dans les idées diſparoit; les bords de la plaie ſe dégorgent; on ſent facilement l'enfoncement : les jours ſuivans, mieux toujours plus marqué : le ſeizième, peſanteur de tête; émétique renouvelé : le quarantième, cicatriſation complète de la plaie extérieure; guériſon entière du malade; diſparution totale de l'enfoncement; niveau rétabli entre les os du crâne.

LXXIV. On peut donc établir en principe, 1°. qu'il est un degré de compression du cerveau, par l'enfoncement, où la mort est inévitable, si les pièces osseuses ne sont pas promptement relevées; 2°. qu'il est un autre degré, où cette compression, même toujours continuée, cesse de devenir mortelle, & où le cerveau peut reprendre toutes ses fonctions, & le malade guérir, comme si les pièces osseuses avoient été relevées : cette distinction ne doit pas être perdue de vue.

§. X. *Du traitement des fractures du crâne.*

LXXV. C'est un principe aujourd'hui presque généralement adopté, consacré dans les mémoires de l'académie de chirurgie, reconnu par Petit, & par la plupart des auteurs François qui ont écrit depuis lui, avoué des praticiens Anglois les plus distingués, que toute fracture du crâne indique l'opération du trépan, soit pour prévenir les accidens s'ils n'existent pas, soit pour remédier à ceux qui se sont développés. Nous allons examiner cette question, sur laquelle tant de pages ont été déjà entassées, sans que plus de lumière ait lui souvent pour celui qui a à la décider auprès du lit du malade. Pour mettre dans cet examen plus de méthode, nous rapporterons, à deux cas différens, tous ceux qui peuvent se présenter; 1°. la fracture du crâne peut être simple & isolée de toute espèce d'accident; 2°. elle peut se compliquer de cet assemblage de symptômes, qui est le résultat ordinaire de la compression du cerveau, soit que cette compression dépende de l'épanchement, ou qu'elle soit l'effet de l'enfoncement; distinction qui sera établie dans la suite. Tâchons, dans chacun de ces cas, de résoudre le problême de l'indication du trépan.

§. XI. *Du traitement des fractures, lorsqu'aucun accident ne se manifeste.*

LXXVI. Faut-il trépaner si la fracture est sans les accidens de la compression ? Oui, répond le général des praticiens, fondé sur ce raisonnement spécieux au premier coup-d'œil : d'un côté, nul danger n'accompagne le trépan ; de l'autre, de funestes accidens peuvent être la suite de la fracture ; mieux vaut donc courir les hasards de l'inutilité de l'opération, que des accidens de la maladie. Cet argument suppose, 1°. que l'opération est indifférente par elle-même ; 2°. que s'il survient des accidens, le trépan y remédiera : examinons cette double assertion.

LXXVII. Il n'est pas vrai d'abord que nul danger n'accompagne le trépan ; jamais on ne donne impunément accès à l'air dans une grande cavité, comme à la poitrine, au bas ventre, à la tête ; vérité frappante, sur-tout dans les endroits humides, mal-sains, où l'influence de l'air est si funeste. Par exemple, c'est une observation constamment faite par Desault, que presque toujours l'opération est malheureuse à l'Hôtel-Dieu de Paris. A son entrée dans cet hôpital, il la pratiquoit comme les autres, & il ne l'eût point abandonnée sans la suite non interrompue de revers qu'il éprouva. Boudou, l'un de ses prédécesseurs, avoit fait la même remarque, & Quesnay même en reconnoît la justesse, dans son mémoire sur le trépan dans les cas douteux. Si de l'analogie pouvoient se tirer des indications, ce fait nous étonneroit moins en voyant la plupart des affections externes prendre dans les grands hôpitaux un fâcheux caractère, les opérations

y être ſouvent mortelles, tandis que toutes choſes égales du côté du ſujet, de la ſaiſon, de la température, elles réuſſiſſent dans un lieu plus ſain; les ulcères, les plaies, s'y préſenter ſous un aſpect qui leur eſt étranger ailleurs.

LXXVIII. Il faut l'avouer, le peu de ſuccès du trépan vient en partie, dans les grands hôpitaux, de ce que plus éclairés qu'ailleurs, les chirurgiens ne l'appliquent ſouvent que dans des cas extrêmes, où les indications ſont préciſes, & alors le malade périt, non de l'opération; mais de la maladie, tandis que dans la pratique ordinaire on le met en uſage ſur de légères indications, & alors la guériſon s'obtient malgré l'ouverture du crâne, communément inutile. Mais à cette cauſe ſe joint certainement l'influence de l'air ſur des membranes preſque toujours malades, ſouvent enflammées, comme le ſont, dans le cas de fractures au crâne, celles du cerveau. Bell a fait cette remarque, qui mérite une attention particulière. En ſuppoſant l'intégrité des membranes cérébrales, leur inflammation ne ſera-t-elle pas le réſultat du contact de l'air? Le même auteur s'eſt aſſuré, par de nombreuſes expériences ſur les animaux vivans, que le quart de ceux qui étoient ſoumis au trépan, périſſoient de ſes ſuites; il a vu des hommes ſur qui on l'appliquoit, & dont les membranes étoient très-ſaines, périr peu à près d'inflammation ſurvenue auſſitôt après l'opération. Deſault a fait de ſemblables remarques. On peut donc établir en principe, que toujours le trépan eſt une opération dangereuſe, ſur-tout dans les grands hôpitaux.

LXXIX. Mais abſtraction faite des dangers du trépan, qui ſait s'il ſera utile, en ſuppoſant que des

accidens viennent à se manifester (LXXVI) : Ces accidens dépendront ou de l'épanchement sanguin, ou de l'inflammation, ou de l'épanchement purulent : mais, 1°. pour peu qu'il se soit écoulé de temps depuis l'accident, il est rare que l'épanchement sanguin soit à craindre ; 2°. le trépan remédiera-t-il à l'inflammation des méninges ? Non sans doute, il la favoriseroit au contraire, par le contact de l'air ; 3°. sera-t-il avantageux, pratiqué d'avance, dans le cas où une suppuration viendroit à succéder à cette inflammation ? Non, parce que d'un côté il est incertain en quel endroit des méninges se formera cet épanchement ; de l'autre, en supposant qu'il arrive vis-à-vis l'ouverture du crâne, le plus souvent elle sera insuffisante pour lui donner issue ; car le pus visqueux, tenace, disséminé sur toute la surface de la membrane, à laquelle il adhère fortement, ne pourra s'échapper qu'en très-petite quantité, comme je le prouverai dans la suite ; double raison qui rend ici le trépan inutile, pour prévenir l'épanchement purulent.

LXXX. De ce que nous venons de dire, il résulte, 1°. que le trépan est très-dangereux par lui-même ; 2°. que dans les fractures où on l'emploie avant les accidens, il peut quelquefois les déterminer, jamais en prévenir la formation, très-rarement y remédier, au cas qu'ils viennent à se manifester. D'après ces deux données générales, qui s'exposera à faire courir au malade les hasards d'une opération très-grave, incertain si les accidens surviendront ; si au cas qu'ils arrivent, leur nature exigera le trépan ; si l'engorgement, l'inflammation du cerveau ne leur donnera point naissance, sans que la suppuration se déclare ; si, au cas que celle-ci y succède, le trépan

lui correſpondra ; s'il elle pourra s'échapper à travers l'ouverture. Ne vaut-il pas mieux, d'après tant d'incertitudes de ſuccès & de certitudes de non-ſuccès, attendre, pour l'opération, que les accidens ſe manifeſtent, & ſe régler ſur eux ?

LXXXI. Tirons, de ce que nous venons de dire (LXXVI-LXXX), cette conſéquence, que nous pouvons établir comme un principe pratique, ſavoir : que le trépan n'eſt jamais indiqué par la ſeule existence de la fracture, avant que les accidens de la compreſſion du cerveau ſe ſoient manifeſtés ; & que juſques-là le but du praticien ne doit être que de prévenir les effets de l'irritation du cerveau, produits par la fracture, ſon engorgement, ſon inflammation, & par ſuite ſa ſuppuration. Les ſaignées, ſuivant l'état du pouls, les ſtimulans, les évacuans rempliſſent cette indication ; au reſte, nous reviendrons ſur les moyens.

§. XII. *Du traitement des fractures qu'accompagnent les accidens indiqués par les auteurs, comme ſignes de l'épanchement.*

LXXXII. Mais ſuppoſons qu'à la fracture ſe joignent les accidens de la claſſe de ceux que les auteurs ont indiqués, comme ſignes de la compreſſion du cerveau, faudra-t-il alors pratiquer le trépan ? Pour examiner méthodiquement cette queſtion, diſtinguons deux cas, 1°. celui où aucun enfoncement n'exiſte, & où les ſymptômes ſont cenſés dépendre de l'épanchement, quoique toujours cependant nous en ſoyons incertains (LXVII) ; 2°. celui où il y a une dépreſſion manifeſte des pièces oſſeuſes. Dans l'un et l'autre voyons quelle doit être la conduite du praticien.

LXXXIII. Faut-il trépaner dans le premier cas? Ici le but du chirurgien ne peut être que de donner issue à l'épanchement : or, pour remplir ce but, voyons quel avantage il peut retirer de l'opération; l'épanchement se trouve ou dans le cerveau, ou entre les méninges, ou sous les os du crâne. (XLIX).

LXXXIV. S'il y a sang extravasé dans le cerveau, le trépan devient nul, non qu'il soit mortel, comme on le croyoit, d'intéresser cet organe, sur-tout à sa superficie, mais parce que constamment incertain & de l'existence & du lieu de l'épanchement on ne peut au hasard faire inutilement des incisions toujours dangereuses, pour aller à sa recherche. Quelques exemples heureux, rapportés par les praticiens, font exception, mais n'autorisent pas des règles générales.

LXXXV. L'épanchement est-il entre la pie-mère & la dure-mère, à la superficie & dans les anfractuosités du cerveau? presque toujours alors, comme je l'ai dit (L), il se trouve disséminé sur toute la surface des membranes; & dans tout leur intervalle, ensorte qu'il faudroit que le crâne fût percé d'ouvertures en divers points, pour que par-tout les ouvertures correspondissent à l'épanchement; car l'expérience prouve que tout le fluide ne viendra pas, comme on l'a dit, des diverses parties où il est épanché, sortir par une seule ouverture, parce que là il trouve moins de résistance. Dans les cas où l'on a incisé la dure-mère, pour donner issue au sang, une petite quantité est sortie, quoiqu'après la mort on ait trouvé toute la surface des membranes comme enduite de ce fluide.

LXXXVI. Reste le seul cas où le sang se trouve entre la dure-mère & le crâne. Or, ici même, si, comme

il arrive ſouvent, l'épanchement ſe propage juſqu'à la baſe du crâne, quel avantage aura l'opération? Il faut donc, pour que nous puiſſions raiſonnablement en eſpérer du ſuccès, qu'il ſe rencontre au-deſſous des pariétaux, du coronal, de la portion ſupérieure de l'occipital, ou écailleuſe des temporaux.

LXXXVII. Or, pour décider, dans ce cas, la queſtion (LXXXIII), réſumons les motifs qui peuvent nous éclairer. Du côté de l'opération elle-même, de grands dangers l'accompagnent toujours, ſur-tout dans les hôpitaux, & lorſque les membranes du cerveau ont violemment ſouffert (LXXVII-LXXIX), du côté de l'utilité dont elle peut être, tout eſt incertitude, nul ſigne, nul indice de ſon indication. 1°. Nulle certitude ſouvent du lieu où eſt la fracture (XXXIX); 2°. En ſuppoſant qu'on la découvre, nulle certitude s'il exiſte un épanchement, & ſi les accidens qui ſe manifeſtent ne ſont pas dûs à d'autres cauſes. (LII LIX). 3°. En ſuppoſant l'exiſtence de l'épanchement, nulle certitude ſi la léſion du cerveau, ſa commotion, ſon engorgement, ne ſe compliquent point avec lui, & ne rendront pas nulle l'opération, en perpétuant les accidens malgré que le ſang épanché aura été évacué (LII). 4°. En ſuppoſant que l'épanchement exiſte iſolément, nulle certitude, s'il n'eſt pas dans le cerveau, ou entre les méninges (LX). 5°. En ſuppoſant qu'il ſoit entre le crâne & la dure-mère, nulle certitude s'il ne ſe rencontre pas à la baſe du crâne (LXXXVI). 6°. En ſuppoſant qu'il ne s'y prolonge pas, nulle certitude du lieu où il correſpond, & où par conſéquent l'on doit trépaner.

LXXXVIII. Il eſt évident qu'une ſeule des circonſtances que je viens d'indiquer, ſuffit pour rendre

infructueuse l'opération du trépan : par conséquent, que de probabilités contre elle, dans le cas de fracture, même accompagnée des accidens qu'on regarde comme symptômes de la compression? Telles sont ces probabilités qu'on peut assurer, disoit Desault, que les cas où l'opération sera inutile soit qu'on ne trouve pas l'épanchement, soit qu'il ne puisse s'évacuer, soit qu'il se complique avec des lésions du cerveau, qui ont autant & plus d'influence que lui, sur la production des accidens, que ces cas seront beaucoup plus nombreux que ceux où elle pourra être avantageuse. Ajoutez à cette considération celles des dangers de l'opération, & vous verrez si l'une & l'autre ne contre-balanceront pas les nombreux argumens de Petit, Quesnay, Pott, Bell, Sabatier &c., pour prouver la nécessité du trépan, qui sans doute seroit toujours urgente, si l'on pouvoit, avec précision, déterminer là où existe le fluide extravasé.

LXXXIX. D'après cet exposé, que répondre à la question que nous nous sommes proposée (LXXXIII). Voici, sur ce point, quelles ont été les opinions de Desault. Il enseigna long-temps qu'on devoit toujours trépaner dans le cas de fracture avec accidens, fondé sur ce raisonnement, qu'il vaut mieux courir les hasards de l'inutilité de l'opération, que les dangers de l'épanchement. Sur cette base fut appuyée sa pratique à la Charité & à l'Hôtel-Dieu, les premières années qu'il y exerça la chirurgie : mais peu à peu l'expérience lui apprit qu'on ne couroit pas seulement les hasards, mais les dangers de l'opération, & que sur dix malades, si deux ou trois sont sauvés par elle, autant peut-être périssent de ces accidens, ses effets étant nuls pour les autres. Alors il commença à ne l'employer que

dans les cas de la plus manifeste indication ; enfin il la bannit totalement les cinq dernières années, fondé sur la double raison de ses dangers & de son inutilité ordinaire (LXXXVII), & sur les succès obtenus par la méthode qu'il employoit & que nous développerons ; succès tels, qu'en comparant les années où il avoit fait usage du trépan, à celles où il s'en étoit abstenu, le nombre des malades guéris dans celles-ci surpassoit évidemment le nombre de ceux qui avoit été sauvés dans les autres.

XC. Remarquons que cette doctrine & cette pratique de Desault, dans ses dernières années, mérite de la part des chirurgiens une considération à laquelle n'a point droit celle qu'il professoit dans les commencemens. Alors, en effet, l'expérience ne l'avoit point éclairé, tandis qu'elle seule, dégagée de toute théorie, l'engagea dans la route qu'il a suivie jusqu'à sa mort.

XCI. Il est une circonstance cependant, qui paroît rendre urgente l'opération. C'est celle où à travers la fracture se fait un suintement très-sensible, en même temps que les accidens de la compression se manifestent & continuent au même degré, malgré le suintement. Mais d'abord j'ai prouvé que ce cas même n'est pas un indice certain de l'épanchement (LXIV) : en second lieu, il est possible quelquefois dans les jeunes sujets de donner issue, sans ouvrir le crâne, au fluide extravasé. L'observation suivante de Giraud, en est une preuve.

OBS. III. A. Pichot, âgée de 11 ans, est apportée à l'Hôtel-Dieu, le 27 thermidor an 4, affectée de tous les accidens de la compression, à la suite d'une chute d'un second étage. Assoupissement, perte de connoissance, pouls foible, respiration pénible, &c.

Appelé auprès d'elle, Gault, en ce moment, chirurgien de garde, croit sentir une fracture sur le coronal, envoie chercher le citoyen Giraud, qui pratique une incision aux tégumens, & trouve en effet cet os divisé transversalement dans toute son étendue. Ecartés l'un de l'autre, les bords de la division laissent échapper un suintement sanguin considérable, indice probable de l'épanchement. Pour lui donner issue, un morceau de bois en forme de coin, placé entre les bords, les écarte, augmente l'intervalle, & supplée au trépan. Un pansement méthodique est ensuite appliqué.

Le lendemain, même intensité des accidens; la nuit, vomissement bilieux : le troisième jour mieux un peu sensible, pansement renouvelé; légère suppuration établie; émétique donné en lavage : le quatrième, plus de force dans le pouls; émétique renouvelé; nulle évacuation jusqu'au huitième : le neuvième, émétique supprimé : le onzième, connoissance en partie revenue à la malade; sommeil tranquille depuis quelques jours; le morceau de bois avoit été ôté : le quatorzième jour, selles copieuses; amélioration du pouls : le quinzième jour, connoissance bien rétablie; chaque jour pansement renouvelé; rien de nouveau jusqu'au trente-deuxième; purgatif léger ce jour-là; évacuations : le quarante-troisième, cicatrice déjà avancée : le cinquante-troisième, complètement achevé sans exfoliation à l'os : le soixante-douzième, sortie de la malade.

XCII. On sent que ce moyen n'est applicable qu'à un très-petit nombre de cas, même dans l'enfance, où les os prêtent facilement : & sans doute que s'il est une circonstance où le trépan est indiqué, c'est celle de ce suintement, avec permanence des

accidens. Au reste, si la fracture est assez grande pour laisser échapper le fluide épanché, à quoi bon agrandir les issues ?

§. XIII. *Du traitement des fractures avec enfoncement & accidens de la compression.*

XCIII. Faut-il trépaner dans le cas où la fracture est avec enfoncement & symptômes de la compression. De deux choses l'une : ou les accidens sont très-intenses, menacent prochainement le malade, ne paroissent point diminuer au bout d'un certain temps, & augmentent même, malgré tous les moyens généraux (LXXIV); ou bien moins graves ils ne frappent qu'à un degré assez peu considérable, les fonctions intellectuelles restent comme stationnaires, diminuent même après quelques heures, soit qu'on ait employé les saignées, &c. soit qu'on n'y a pas eu recours, & même laissent espérer un mieux bientôt plus réel.

XCIV. Dans le premier cas, si l'ensemble des phénomènes nous donne, sinon une certitude, du moins de fortes probabilités pour croire qu'ils sont dûs à la compression des pièces osseuses, plutôt qu'à la commotion du cerveau, sur-tout si les os étant à nu, ils nous paroissent très-au-dessous de leur niveau naturel; il est toujours instant de recourir au trépan pour relever l'enfoncement. Desault l'a constamment conseillé dans ce cas externe que la pratique, il est vrai, n'offre pas souvent.

XCV. Dans le second cas, abstenez-vous toujours d'ouvrir le crâne. En effet, j'ai prouvé (LXXII-LXXIV), que le plus souvent, lorsque l'enfoncement n'est pas considérable, le cerveau s'habitue peu à peu à la pression

qu'il éprouve, qu'alors on voit les accidens cesser à mesure que la circulation des humeurs commence à s'accommoder à l'état où se trouvent les vaisseaux, & que le malade guérit ainsi, soit que la dépression des os subsiste, soit que d'elle-même elle s'efface. Pourquoi donc exposer aux hasards de l'opération, un malade où tous nous fait présumer qu'elle ne sera pas nécessaire, sur-tout si on a soin de combattre, par les moyens appropriés, les affections du cerveau, autres que celles dépendantes de la compression?

XCVI. Mais comment reconnoître les limites de l'un & l'autre cas? Comment dire là où le trépan est indiqué, là où il cesse de devenir nécessaire? A une grande expérience seule, appartient le droit de prononcer. L'aspect des symptômes, l'état du pouls, celui des forces, peuvent bien offrir des bases à notre décision, mais elles seront toujours peu solides, tant que l'habitude de voir ne les aura pas affermies. Au reste, ce degré d'enfoncement, lorsqu'on peut le connoître jette toujours un grand jour sur ces indications. Est-il probable, en effet, que les accidens, s'ils sont très-graves, reconnoissent cette cause, lorsque les os n'ont que très-peu dépassé leur niveau? L'affection du cerveau ne doit-elle pas alors être plutôt présumée, & ne doit-on pas préférer au trépan les moyens propres à combattre cette affection?

XCVII. Si les pièces enfoncées peuvent être relevées sans avoir recours à l'opération, il faut toujours employer cette voie, dans laquelle je ne renferme point cependant l'usage du tire-fond, & autres instrumens analogues, dont la pratique a tant de fois démontré les inconvéniens.

XCVIII. Les pièces osseuses enfoncées, n'agissent pas

pas ſeulement ſur le cerveau, par la compreſſion qu'elles exercent; portées contre ſes membranes, dans ſa ſubſtance même, elles déchirent, irritent, contondent, déterminent l'inflammation; dans ce cas, comme le plus communément elles ont été retournées ſur elles-mêmes, le trépan devient inutile pour les relever; on peut preſque toujours parvenir, en les ſaiſiſſant avec des pinces ou autres inſtrumens: recourez à l'opération cependant, ſi vous ne pouvez les enlever autrement, & que les accidens ſoient intenſes.

§. XIV. *Des cas où les accidens ſe manifeſtent ſans fracture apparente.*

XCIX. Juſqu'ici nous n'avons preſque conſidéré les accidens de la compreſſion du cerveau, que comme compliquant une fracture dont l'exiſtence eſt certaine, ſoit que la plaie l'ait laiſſée à découvert, ſoit que les inciſions l'y aient mis. Mais ſi l'art n'a pu parvenir à la rencontrer; ſi même elle n'exiſte pas, comme il arrive ſouvent, tandis que les accidens de compreſſion ſe manifeſtent, quelle conduite doit tenir le praticien? Aura-t-il recours au trépan? mais à quel endroit du crâne l'appliquera-t-il? Là où a porté le coup? là où le malade ſe plaint? où il porte la main; là où les os ſont dénudés? & d'une couleur plus terne? là où eſt détaché le péricrâne? Je ne reviendrai pas ſur l'incertitude de tous ces ſignes, qui ne peuvent établir ici l'exiſtence de l'épanchement, ni le lieu qu'il occupe (LIX & LXV). Je me contente de citer une obſervation qui prouvera combien dans ce cas le trépan eſt inutile.

OBS. IV. Un homme tombe d'un premier étage sur un tas de foin ; se rend chez lui un peu étourdi ; se plaint le soir d'une pesanteur de tête ; tombe, au bout de quelques heures dans l'assoupissement, le délire & autres signes d'épanchement. Desault est appelé ; c'étoit dans les premières années de sa pratique. Nulle trace de lésion externe aux tégumens, excepté un peu d'empâtement sur le coronal ; on incise là ; nulle fracture : on trépane ; nul épanchement. Les accidens continuent ; la paralysie survient au côté droit ; on applique une couronne sur le pariétal gauche ; même défaut de succés. Cependant le malade se couche sur le côté trépané ; nouvelle couronne appliquée, sans trouver d'épanchement ; le malade meurt ; on trouve le crâne sain & un épanchement sous le temporal droit.

c. Sans doute que sur une foule de malades, quelques-uns offriront le hasard heureux de rencontrer l'épanchement ; mais doit-on sacrifier à la probabilité de ce bonheur, qui ne dit encore rien pour la guérison, puisque d'autres accidens resteront sûrement à combattre, doit-on lui sacrifier la probabilité mieux fondée des accidens qu'entraînera l'ouverture du crâne, & sur le petit nombre de malades où elle auroit des avantages, & sur le plus grand nombre où elle sera inutile ? Desault ne le pensoit pas.

§. XV. *Conclusion.*

ci. De tout ce que nous venons de dire sur les fractures du crâne, résultent les conséquences générales suivantes : 1°. que le précepte du trépan a été étendu à un trop grand nombre de cas ; 2°. qu'une

fracture, indépendante de tout accident, n'en est jamais une indication; 3°. que dans le cas d'accidens sans enfoncement, l'incertitude de l'existence, du lieu de l'épanchement, & de savoir si une affection plus grave du cerveau ne le complique point, jointe au danger de l'opération, doivent, dans le plus grand nombre de cas, arrêter le praticien; 4°. que s'il y a enfoncement, quelquefois l'opération est indiquée, le plus souvent elle est superflue; 5°. qu'il faut toujours s'en abstenir, quand on ne rencontre point de fracture.

cii. Quelle méthode curative doit donc être appliquée aux fractures du crâne avec les accidens présumés de la compression? Pour la déterminer, rappelons-nous que ces accidens dépendent en effet le plus communément de la commotion existant seule; que s'il y a compression au cerveau, très-souvent il y a en même temps commotion & engorgement; que si la compression existe seule, il y a toujours une tendance des fluides à se porter sur le cerveau irrité, soit par la fracture, soit par la secousse qu'il a reçue, soit par l'épanchement ou l'enfoncement, & à produire consécutivement une inflammation.

ciii. Il résulte de-là, 1°. que les évacuans, les stimulans, les saignées & autres moyens propres à combattre les effets primitifs de la commotion, & à prévenir l'inflammation, sont très-souvent exclusivement indiqués dans les fractures du crâne; 2°. qu'en supposant réelle l'indication du trépan, ils sont encore toujours essentiellement nécessaires, soit pour détruire l'affection actuellement existante du cerveau, & se compliquant avec l'enfoncement ou l'épanchement, soit pour empêcher le développement des accidens,

auxquels ceux-ci peuvent donner lieu, s'ils exiſtent ſeuls. Or, comme le plus ſouvent nous ne connoiſſons pas l'indication du trépan, quoiqu'elle exiſte, il s'enſuit que preſque toujours on doit ſe borner dans les fractures à ces moyens généraux, aux évacuans ſur-tout que nous examinerons ſpécialement dans les articles ſuivans. Il me ſuffit d'en indiquer ici l'uſage, pour montrer quels furent les principes de Deſault dans ſon traitement des fractures du crâne, & que ſon but n'étoit point, comme on le lui a prêté, de faire abſorber, au moyen de l'émétique, le fluide épanché, ou même de relever, je ne ſais comment, les pièces d'os enfoncées. Quel tableau n'eſt pas défiguré, ſi les mains de l'ignorance ou de l'envie vous le préſentent ?

CIV. Peut-être, au reſte, peut-on lui reprocher de n'avoir pas combiné quelquefois la méthode précédente, avec l'application du trépan; d'avoir trop exagéré & l'incertitude de l'épanchement, & les dangers de ſa recherche. Sans doute que placé dans un air plus ſain, moins funeſte aux léſions externes, il auroit eu une pratique différente, & qu'il l'auroit réglée ſur ces principes généralement reconnus, ſavoir, 1°. que le trépan ſauve à pluſieurs malades la vie qu'ils perdroient ſans lui, par les effets de l'épanchement ou de l'enfoncement; 2°. que dans pluſieurs cas il n'y a pas de proportion à établir entre les dangers & la fréquente inutilité de l'opération d'un côté, de l'autre, les avantages qu'elle préſentera, ſi on tombe ſur le lieu de l'épanchement. C'eſt au praticien à concilier au lit du malade les diverſes raiſons qui l'indiquent & qui l'excluent; & il verra que ſi c'eſt beaucoup trop étendre les bornes du

trépan que de l'appliquer à tous les cas de fractures avec signes de compression, c'est en restreindre aussi trop l'usage que de le rejeter dans tous les cas. Mais, avouons-le, il est impossible ici de tracer, comme ont voulu le faire plusieurs chirurgiens de ce siècle, des règles généralement applicables ; l'art fournit les principes, & la pratique les conséquences ; trop multiplier les uns, c'est souvent embrouiller les autres.

DE LA COMMOTION DU CERVEAU.

§. XVI. *Qu'est-ce que la commotion ?*

CV. La commotion est un des effets les plus fréquens de l'action des corps contondans sur le crâne. Il n'est pas facile, d'après ce qu'ont écrit sur elle les auteurs, d'en donner une idée exacte. On la définit communément un ébranlement de toutes les parties du cerveau. Mais quel changement produit sur l'organe cet ébranlement ? Quel est son effet immédiat ? C'est ce qu'il importe de déterminer. Cet effet est-il un affaissement général, ou une espèce de contusion, d'irritation universelles ? L'observation si connue de Littre, & plusieurs autres, rapportées depuis lui par divers praticiens, semblent répondre par l'affirmative à la première question, en nous montrant dans le cadavre de personnes mortes subitement par une violente commotion, un intervalle manifeste entre la dure-mère & le cerveau sensiblement plus affaissé que dans l'état ordinaire. Mais la manière dont l'ouverture de ces cadavres a été faite, l'épanchement de sang formé sous les membranes,

& occupant cet intervalle, n'en ont-ils point imposé ici ? Pour qui connoît la structure organique du cerveau, il est difficile de concevoir comment il peut ainsi se retirer sur lui-même, & diminuer tout à coup de volume. Il paroît que la pression exercée sur lui, soit par l'épanchement, soit par l'enfoncement, est la seule cause capable de produire ce phénomène.

CVI. Loin de faire naître un affaissement, la commotion donne lieu au contraire à un engorgement du cerveau, engorgement qui cependant n'est que consécutif, & qu'il faut bien distinguer de la commotion elle-même, puisque celle-ci est la cause, & l'autre l'effet. Tel un vésicatoire détermine d'abord l'irritation, puis le gonflement inflammatoire de la partie sur laquelle on l'applique.

CVII. D'après cela, il paroît que l'effet primitif de la commotion consiste essentiellement en une espèce de contusion, d'irritation générale du cerveau, occasionnée par la secousse qu'il a reçue dans toutes ses parties, secousse qu'il est facile de concevoir, lorsqu'on se rappèle la manière dont agissent les corps contondans sur la boîte osseuse du crâne. Frappée par un de ces corps, elle change de forme, s'applatit dans le sens de la percussion, s'élargit dans le sens opposé, comme il arrive dans ce cas à tout corps rond & élastique; de-là un ébranlement universel, une compression totale de l'organe qui est contus, irrité, & où les fluides ont dès-lors de la tendance à se porter.

CVIII. La vérité de cette doctrine est prouvée par l'expérience, qui nous apprend, 1°. que dans le plus grand nombre de cas l'inflammation du

cerveau succède à sa commotion, qui en est alors la cause très-probable; 2°. que le meilleur moyen de prévenir cet effet secondaire, c'est de déterminer sur un autre point de l'économie animale une irritation artificielle, qui oppose son influence à celle de l'irritation produite sur le cerveau par la commotion.

§. XVII. *Des variétés & des signes.*

CIX. Quelle que soit la nature de la commotion, elle présente une foule de variétés que déterminent sur-tout les degrés divers dont elle est susceptible. Que de nuances entre ce léger étourdissement, effet subit d'un coup peu violent, & cette désorganisation complète, qui anéantit, à l'instant du coup, le mouvement & la vie? Ces nuances sont relatives, à la somme plus ou moins grande de mouvement communiqué; à la forme du corps qui a frappé ou contre lequel est venu heurter la tête; à la résistance que présente le crâne; en général l'ébranlement est en raison inverse de cette résistance; à la disposition du sujet.

CX. De-là les modifications si nombreuses sous lesquelles ont coutume de se présenter les signes de la commotion. Examinons ces signes, tous relatifs au systême nerveux.

CXI. 1°. Éblouissemens plus ou moins considérables, offrant tantôt une lumière vive, tantôt une moins éclatante, dont le degré indique en général, celui de l'ébranlement; 2°. chute du malade, tantôt subite, tantôt précédée de quelques mouvemens chancelans & semblables à ceux que font encore souvent après le coup, ces animaux que l'on

assomme pour l'usage de nos tables. Dans le premier cas il n'est pas facile de distinguer auxquels des deux, du coup même ou de la commotion, est dûe la chute; dans le second, nul doute; ensorte qu'ici elle est caractéristique. Si la commotion est légère, le malade ne tombe pas, il n'éprouve que des vertiges; il chancèle; le trouble du systême nerveux, subitement communiqué au systême musculaire, explique ces phénomènes; 3°. perte de connoissance, assoupissement quelquefois complet, souvent interrompu, alors le malade se réveille, répond, retombe; 4°. confusion, trouble dans les idées; délire même continuel, suivant le degré du mal; perte de mémoire, telle quelquefois que les choses nouvelles s'oublient, les anciennes restant gravées: Desault citoit l'histoire d'un porteur d'eau qui, dans le principe, n'avoit présens que les objets qui l'avoient frappé récemment, & qui bientôt après ne se ressouvenoit que de ceux qui avoient affecté son enfance; 5°. Pouls mol, foible; 6°. respiration petite pendant quelques instans, puis tout-à-coup plus grande. Le malade semble ronfler, état désigné sous le nom de respiration stertoreuse, & qu'il est facile d'expliquer par le défaut de forces général à tous les organes, & particulier au poumon qui s'embarrasse, & force ensuite, pour se dégorger, le malade à une forte inspiration; 7°. paralysie partielle ou générale; immobilité de l'iris; insensibilité de cette membrane à la plus vive lumière; déjections involontaires de matières fécales, de l'urine; 8°. convulsions, spasmes de l'estomac, d'où naissent les vomissemens, qu'il faut bien distinguer de ceux produits quelques jours après par l'affection bilieuse

des premières voies ; 9°. hémorragie des diverses cavités de la tête.

CXII. Cet exposé des symptômes observés chez les malades affectés de commotion, indique dans le systême nerveux un trouble général, un défaut d'harmonie entre le cerveau & les organes du mouvement & des secrétions, défaut que peut également produire la compression de l'organe, par un fluide épanché, ou par une pièce osseuse enfoncée. De-là les difficultés du diagnostic sur lesquelles je ne reviendrai pas, les ayant suffisamment exposées (LII-LIX) ; j'observerai seulement que la différence des symptômes, tirée par quelques modernes, 1°. de la respiration gênée & embarrassée selon eux, dans la compression, plus libre dans la commotion ; 2°. de l'état du pouls lent & irrégulier dans l'une, mol & égal dans l'autre ; 3°. des effets produits sur lui par la saignée, qui en diminue toujours la force dans celle-ci, & la laisse à peu près la même dans celle-là ; est toujours extrêmement incertain, & ne peut jamais indiquer d'une manière positive leur existence isolée.

§. XVIII. *Des accidens, effets de la commotion.*

CXIII. La mort est toujours l'inévitable suite des grandes commotions ; telle est alors l'étendue du désordre, que tout moyen est impuissant pour rétablir les fonctions du cerveau. Mais l'ébranlement a-t-il été moins considérable, ces fonctions reviennent peu à peu & à un degré plus ou moins parfait ; souvent le malade porte toujours l'influence funeste de son accident. L'imbécillité, l'oubli total du passé, un changement marqué dans le caractère en sont

quelquefois le résultat durable. On connoît l'histoire de ce fou qui, plus heureux, a recouvré l'usage de la raison par une violente commotion. Ordinairement ces effets ne subsistent pas; mais il y a long-temps trouble, confusion dans les idées, dans la mémoire, &c.

CXIV. Ce ne sont là que des accidens consécutifs de la commotion; il en est de primitifs qui doivent plus spécialement fixer notre attention par rapport au traitement. Ils ont rapport, ou au cerveau lui-même; ou à d'autres organes. J'ai dit que le premier effet de la commotion sur le cerveau, étoit d'y déterminer une espèce de contusion générale, d'irritation universelle; de-là, selon l'expression des médecins humoristes, une tendance des humeurs à s'y porter; de-là divers engorgemens du cerveau, analogues à ceux qui dans les autres viscères sont le résultat d'une irritation quelconque. Quelquefois légers & peu sensibles, ces engorgemens se terminent par une prompte résolution, & alors, bientôt dissipés, les accidens jettent peu d'incertitude dans le traitement; mais souvent de plus fâcheuses suites succèdent à la commotion. Le cerveau devient le siège d'une inflammation dont le caractère est soumis à l'empire des lieux, du tempérament, de la constitution, &c. Je ne m'arrête point ici à cet accident, qui sera le sujet d'un chapitre particulier, & je passe aux effets de la commotion sur les autres viscères.

CXV. L'état actuel de tous les organes est lié par le systême nerveux à celui du cerveau, leur centre commun; de-là & l'enchaînement de ses affections avec les leurs, & l'influence qu'ils reçoivent de la commotion; mais dans aucun cette influence n'est plus

marquée que dans les voies biliaires. Tous les auteurs l'ont reconnue, en rangeant parmi les effets conſécutifs de l'ébranlement, les nauſées, les dégouts, l'affection ſaburrale des premières voies, les vomiſſemens bilieux, diſtincts de ceux ſpaſmodiquement produits à l'inſtant du coup.

CXVI. La plupart ont fait mention auſſi des engorgemens divers dont le foie devient alors le ſiége de la tenſion, de la rénitence, de la douleur à l'hypocondre droit qui les indique, principalement des abcès qui les terminent, & que nous obſervons ſi ſouvent dans les ſujets morts de ſemblables accidens.

CXVII. Pluſieurs ont cherché dans le trouble de la circulation l'explication de ces phénomènes. Bertrandi, Ponteau, David ont cru, l'un, que plus de ſang, les autres, que moins de ce fluide, qu'à l'ordinaire, ſe rendoit alors au cerveau; de-là les dangers ou les avantages de telles ou telles ſaignées, pour prévenir l'embarras du foie. Mais la théorie ſeule enfanta tous ces ſyſtêmes, que je me diſpenſe d'expoſer, & dont l'expérience chaque jour renverſe l'édifice mal aſſuré.

CXVIII. Bornons-nous donc à ce que l'obſervation ſtricte nous démontre, ſavoir: 1°. qu'il exiſte un rapport inconnu, mais réel, entre le cerveau & le foie, rapport plus ſpécial qu'entre les autres viſcères; 2°. que par lui l'affection du premier détermine preſque toujours dans les fonctions du ſecond, une altération démontrée ſur le cadavre par les traces d'engorgement, d'inflammation, par les abcès qu'on y obſerve; ſur le vivant, par les nauſées, les vomiſſemens bilieux, &c.: ce rapport n'eſt pas borné au

cerveau ; ses enveloppes internes & externes en reçoivent également l'influence (x).

CXIX. Tous les praticiens ne conviennent pas également de cette connexion immédiate des deux viscères, & l'affection du foie ne leur paroît être dans les plaies de tête qu'un effet de la secousse générale. Mais alors, pourquoi cet effet s'attache-t-il si spécialement à un organe ? Pourquoi les autres ne l'éprouvent-ils pas aussi ? Cette réflexion simple lève toute difficulté. Il paroît que le systême nerveux est ici l'agent principal de communication sur laquelle la circulation n'influe qu'indirectement.

CXX. Après avoir considéré l'action du cerveau affecté de commotion sur le foie, il faudroit examiner la réaction de celui-ci sur le cerveau ; mais je traiterai spécialement de cette réaction, en parlant de l'inflammation bilieuse dont elle est une des causes principales.

CXXI. Les abcès au foie sont une complication presque inévitablement mortelle de la commotion ; l'art doit donc spécialement s'appliquer à empêcher leur formation dans le traitement que nous allons examiner.

§. XIX. *Du traitement.*

CXXII. Puisque l'effet primitif de la commotion est de produire sur le cerveau une irritation (CVII), d'où naît ensuite & son engorgement, & souvent l'affection des voies biliaires (CXIV-CXVII), prévenir ce double effet consécutif, en détruisant le principe qui le produit, telle est ici l'indication essentielle ; il faut aussi ranimer par des secousses, imprimées à tout le

ſyſtême, l'action troublée des forces vitales. Or, l'art a en général trois moyens principaux de remplir ces indications diverſes ; 1°. les ſaignées ; 2°. les ſtimulans ; 3°. les évacuans. Examinons les avantages de chacun, & les limites qui doivent les circonſcrire.

CXXIII. L'utilité de la ſaignée a été exagérée par le plus grand nombre des auteurs, dans les plaies de tête, & ſur-tout lorſqu'elles ſont compliquées de commotion. Ici preſque toujours il y a une foibleſſe générale dépendante de la léſion du ſyſtême nerveux, & qu'indiquent l'état du pouls, de la reſpiration, & tout l'appareil des ſymptômes. Ajoutez à cette foibleſſe la diſpoſition fréquente des premières voies, & vous aurez déjà une double contre-indication générale de ce moyen. La perte conſidérable de ſang, par l'effet même du coup, la plénitude de l'eſtomac à l'inſtant où il a été reçu, en ſont encore des contre-indications particulières.

CXXIV. Cependant, ſi ces deux dernières circonſtances n'exiſtent pas, ſi le pouls eſt mol & grand, le viſage rouge, les yeux vifs, recourez alors à une première ſaignée ; ſouvent par elle le pouls s'affoiblit, le viſage perd ſa rougeur, les ſignes de foibleſſe ſe manifeſtent, les premières voies s'embarraſſent ; abſtenez-vous dans ce cas d'une ſeconde ſaignée. Dans la circonſtance contraire, on peut y avoir recours : mais en général Deſault aſſuroit n'avoir jamais employé une troiſième.

CXXV. Les praticiens attachent en général beaucoup d'importance à telles ou telles ſaignées, toutes cependant aſſez indifférentes par elles-mêmes ; ſi quelques circonſtances les diſtinguent, ce ſont celles-ci : la

ſaignée de la jugulaire à l'avantage de dégorger immédiatement le cerveau, réunit l'inconvénient de néceſſiter une ligature qui forme, au ſang deſcendant, un obſtacle plus grand que le relâchement produit par l'ouverture du vaiſſeau : d'un autre côté, ſans ce ſecours, il ne ſortira pas de ſang ; abſtenez-vous donc ici d'ouvrir la veine, à moins qu'elle ne ſoit très-gonflée, comme dans les plaies du col, par exemple. Les ſang-ſues & les ventouſes, ſont toujours un moyen préférable.

CXXVI. Au bras, l'ouverture de toutes les veines eſt indifférente, puiſqu'elles partent d'un tronc commun, & on ne ſait ſur quels principes certains auteurs conſeillent de piquer la céphalique. Mais en général on obſerve que la ſaignée a ici moins d'influence ſur le cerveau, que lorſqu'on la pratique au pied. Les défaillances plus faciles à produire par cette eſpèce de ſaignée, en ſont la preuve. Recourez-y donc préférablement ſi l'engorgement eſt conſidérable, ſi les ſymptômes ſont violens & opiniâtres. Bornez-vous à celle du bras s'il eſt moindre ; n'employez la jugulaire que de la manière indiquée ci-deſſus (CXXV).

CXXVII. Les ſtimulans, ſecond genre de remède que nous avons à examiner, préſentent en général d'aſſez grands avantages dans la commotion ; 1°. ils déterminent, ſur un point autre que le cerveau, une irritation artificielle, qui prévient l'engorgement, effet de celle fixée ſur lui ; 2°. ils agiſſent ſur le ſyſtême ſenſible qu'ils réveillent de ſon engourdiſſement.

CXXVIII. Le cuir chevelu eſt le lieu le plus favorable pour les appliquer, ſoit parce qu'il eſt plus voiſin du mal, ſoit parce qu'il exiſte entre lui, le cerveau & ſes membranes un rapport marqué, rapport que

démontre la communication si fréquente de l'inflammation des uns aux autres, & dont les nerfs & les vaisseaux, qui traversent les os du crâne, sont sans doute les agens.

CXXIX. Les substances les plus actives, méritent ici la préférence, parce que le but principal est de produire une violente irritation; l'emplâtre véficatoire ordinaire, fortement saupoudré de cantharides, le liniment volatil très-chargé, étoient les deux auxquels Desault avoit spécialement recours; il les étendoit du front à la nuque & d'une région temporale à l'autre, de manière à recouvrir toute la tête.

CXXX. A la levée de l'appareil, des ampoules se rencontrent seulement au front; mais tout le cuir chevelu présente un enduit muqueux, épais & blanchâtre, qu'il faut enlever, en le ratissant avec une spatule; puis on panse avec les digestifs ordinaires; à chaque pansement ôtez avec exactitude cet enduit qui se reforme de nouveau : ne craignez pas d'occasionner de la douleur en appuyant la spatule sur les chairs mises à nu; cette douleur est essentielle, sur-tout si la commotion continue, si le malade ne sort pas de sa stupeur, de son assoupissement; il n'est pas de meilleur irritant; & cette méthode dispense de l'application de nouveaux véficatoires, recommandés par Bell.

CXXXI. Ce moyen est cruel, mais ses effets sont étonnans; on a vu des malades reprendre la connoissance, parler, s'agiter; même avant qu'on enlevât les véficatoires; si le mieux est plus lent, le pouls commence d'abord à s'élever; le visage s'anime peu à peu; les mouvemens reviennent; les fonctions intellectuelles se rétablissent graduellement : espérez tout, quand on observe ces bons effets, & qu'ils

durent quelques jours. Le malade reste-t-il, au contraire, dans son état d'engourdissement? Est-t-il insensible aux douleurs des pansemens? Le pouls ne se relève-t-il pas? va-t-il même en s'affoiblissant? tout espoir est presque enlevé.

CXXXII. En général l'usage des vésicatoires, quelquefois suivi de succès merveilleux, est souvent insuffisant, & on peut leur reprocher de ne pas agir assez puissamment sur les organes biliaires, de ne pas prévenir toujours les engorgemens dont ils deviennent le siége. Desault a observé que le mieux, effet de ce moyen, n'étoit pas toujours durable, que le malade retomboit dans l'assoupissement, & que des abcès se formoient consécutivement au foie. C'est ce qui le détourna peu à peu de s'en servir, après en avoir fait le plus grand usage, & à recourir préférablement aux évacuans; troisième genre de remède que nous avons à examiner, & que seul il employoit dans ses dernières années.

CXXXIII. Les évacuans, l'émétique sur-tout, réunissent au double effet qu'ont les vésicatoires, de déterminer un point d'irritation, autre que celui fixé sur le cerveau, & d'exciter le systême nerveux par les secousses imprimées à toute la machine (CXXVII), l'avantage d'agir efficacement sur les voies bilaires, de faciliter le flux de la bile, de prévenir l'engorgement du foie, les abcès qui s'y forment, & par-là même, d'empêcher la réaction de cet organe affecté, sur le cerveau déjà malade (CXX), de pousser à la peau, d'exciter une transpiration ici salutaire, & sous ce rapport de dispenser des sudorifiques recommandés par des praticiens célèbres, par Bronfield, par exemple, qui choisit spécialement parmi eux, la poudre de Dowar.

CXXXIV.

CXXXIV. De-là la préférence que mérite ce moyen, sur-tout dans les grands hôpitaux, dont le séjour est déjà une cause prédisposante à l'affection bilieuse des organes gastriques, indépendamment de la commotion du cerveau.

CXXXV. Le tartre stibié étoit employé dans cette vue par Desault, qui le donnoit ordinairement en lavage à la dose d'un grain. Mais rien n'est déterminé dans cette dose; variable comme le degré de la commotion, elle doit lui être proportionnée. Tel vomit avec un grain dans un ébranlement léger, qui n'éprouvera aucun effet de 4 grains si la secousse a été violente. Ainsi, dans la paralysie, les plus forts purgatifs sont-ils quelquefois nuls pour le malade. La sensibilité, alors généralement émoussée, & en particulier dans le canal intestinal, sert à expliquer ce phénomène.

CXXXVI. L'effet du tartre stibié n'est pas toujours de produire des vomissemens; quelquefois des selles sont déterminées par lui; souvent son effet paroît nul; il ne l'est pas cependant. L'estomac, les intestins sont irrités; plus de fluides y abordent, moins se portent au cerveau; bientôt un mieux sensible se manifeste; les symptômes se calment peu à peu. Ne cessez pas alors l'émétique; l'irritation du cerveau est permanente; il faut que celle des premières voies le soit aussi: continuez son usage pendant six, huit, dix, douze jours même sans nulle interruption. Il n'en est pas ici comme dans la plénitude purement saburrale; évacuer n'est pas le but du praticien, mais bien irriter: unissez à ce moyen, l'emploi des lavemens purgatifs & stimulans.

CXXXVII. Si les accidens subsistent au même

degré, & que le remède ne paroiſſe avoir ſur eux aucune influence, il eſt avantageux alors de le combiner avec les véſicatoires appliqués ſur la tête. Deſault a réuſſi quelquefois en uniſſant ces deux moyens, à obtenir ce que chacun iſolé ne pouvoit lui procurer. Dans les cas ordinaires, il ſe contentoit de recouvrir toute la tête d'un large cataplaſme émollient, qui, entretenant, dans une chaleur douce & humide, le cuir chevelu, déterminoit, diſoit-il, les fluides à s'y porter & les détournoit du cerveau. Je reviendrai au reſte, à la fin de ce mémoire, ſur la méthode évacuante, excluſivement adoptée par Deſault dans ſes dernières années.

DE L'INFLAMMATION DU CERVEAU ET DE SES MEMBRANES DANS LES PLAIES DE TÊTE.

§. XX. *Des différences & des ſignes.*

CXXXVIII. A la commotion du cerveau ſuccède très-ſouvent l'inflammation de ce viſcère, que peut encore déterminer la contuſion qu'il a ſoufferte dans un point particulier de ſon étendue, par l'action du corps contondant. Quelles que ſoit au reſte les cauſes qui produiſent ou modifient cette affection, cauſes que nous allons bientôt examiner (CLV), elle ſe préſente en général ici ſous deux aſpects différens; 1°. ſous l'aſpect phlegmoneux; 2°. ſous l'aſpect bilieux.

CXXXIX. Dans la première eſpèce; dureté, fréquence, grandeur du pouls; reſpiration rare & ample; ſommeil interrompu; rougeur de la langue; viſage animé; ſenſibilité exceſſive de la rétine, à l'impreſſion de la lumière; yeux ſaillans, ſouvent hagards;

douleur vive & pulsative à la tête; chaleur généralement répandue; absence de tous les signes de saburre dans les premières voies : bientôt vertiges; perte de connoissance; délire; assoupissement; convulsions; &c. S'il y a plaies aux tégumens externes, gonflement de leur bords; tuméfaction des parties voisines; rougeur; tension; éréſypèle avec le caractère que nous avons indiqué (XII).

CXL. Dans la seconde espèce d'inflammation : pouls serré, fréquent, petit; fièvre générale, offrant cet ensemble de phénomènes, si exactement décrit par Stoll; douleur obtuse à la tête; sechereſſe, chaleur âcre à la peau; teinte jaunâtre du visage & des yeux; amertume de la bouche; nausées; vomiſſemens bilieux; enduit pâteux sur la langue; souvent pesanteur, douleur, tension dans la région du foie; déjections alvines d'un jaune foncé; urines écumeuses, grasses, couleur de saffran; ensemble plus ou moins marqué des symptômes gastriques; comme dans les cas précédens, délire; perte de connoissance, &c. mais à un degré moins marqué : s'il y a des plaies extérieures, tuméfaction de leur bords; sanie purulente & ichoreuse, au lieu du pus louable qui s'en écouloit; éréſypèle plus ou moins étendu & offrant des caractères tracés (VII-X).

CXLI. Tels sont, tantôt tous réunis, tantôt plus ou moins isolés, les symptômes qui nous indiquent l'une ou l'autre inflammation, dont le cerveau ou ses membranes, sont si souvent le siége dans les plaies de tête. Si on réfléchit à ces différens symptômes, on verra qu'en général il seroit facile, si telle se présentoit toujours l'inflammation, d'en distinguer l'espèce. En effet, dans la première, le caractère inflammatoire

eſt très-prononcé ; tout annonce l'augmentation des forces vitales; l'irritation eſt conſidérable; le délire eſt quelquefois furieux : dans la ſeconde, au contraire, les accidens ſont moins violens; leur marche eſt plus lente ; mais ſur-tout ils ſe modifient tous ſous une apparence gaſtrique qui en décèle évidemment la nature, & que jamais on ne rencontre dans l'autre. Celle-ci a ſpécialement ſon ſiége dans la ſubſtance même du cerveau, comme le prouvent les ouvertures de cadavres : celle-là affecte excluſivement la ſuperficie de cet organe, ainſi que ſes membranes : l'une ſe manifeſte ordinairement du ſixième au dixième jour de l'accident; nuls ſignes gaſtriques ne la précèdent ; l'autre communément plus lente à ſe former, ne paroît quelquefois qu'au-delà du quinzième jour ; conſtamment l'embarras des premières voies en eſt l'avant-coureur. Au reſte, ce qui jette encore ici un grand jour ſur la différence de l'une ou l'autre inflammation, c'eſt l'examen des cauſes qui y ont donné lieu, la conſidération des lieux, des conſtitutions régnantes, du tempérament du malade (CLI), &c.

CXLII. Mais il n'arrive pas toujours que leur caractère ſoit auſſi prononcé ; ſouvent elles ſe combinent, empruntent réciproquement des phénomènes qui nous les font paroître comme mixtes, ou ſi l'une domine, au moins elle reçoit de l'autre des modifications plus ou moins nombreuſes.

CXLIII. Quoique les ſymptômes ſe préſentent ſouvent dans l'une ou l'autre inflammation ſous le même aſpect que dans la commotion & l'épanchement, il eſt plus facile, dit-on, de la diſtinguer de ces deux affections, que de les différencier l'une de l'autre : 1°. dans l'inflammation l'apparition des

accidens est plus tardive, quelle que soit son espèce, que dans les deux autres affections; avouons-le cependant, comme elle leur succède souvent, & qu'alors elle continue à produire les mêmes signes auxquelles elles donnoient lieu, il est très-difficile de dire, à moins qu'on ne soit très-éloigné de l'accident, quand elle commence à se manifester; souvent il est impossible d'en garantir l'existence. Ainsi sommes-nous incertains quelquefois, s'il y a commotion ou épanchement; parce que celui-ci succédant à la première, peut continuer à produire les mêmes effets, & tromper notre diagnostic; 2°. le pouls dur, fréquent, l'aspect du visage enflammé, la sensibilité de l'iris à l'impression de la lumière, ont paru différencier essentiellement l'inflammation; mais souvent le pouls est foible; le visage pâle, l'œil peu vif & elle n'existe pas moins; circonstance qu'on doit peut être attribuer en partie à l'usage où l'on est de faire tout de suite, dans les plaies de tête, un grand nombre de saignées qui affoiblissent le malade, & dénaturent, pour ainsi dire, l'inflammation.

CXLIV. En général, on peut assurer qu'il n'est pas aussi facile de prononcer avec certitude sur la différence des signes de l'inflammation, d'avec ceux de l'épanchement & de la commotion que Pott & Bell l'ont prétendu, sur-tout si la première est très-prompte à se manifester, comme il arrive quelquefois; cependant moins d'incertitude existe ici qu'entre la commotion & l'épanchement.

§. XXI. *Des causes.*

CXLV. Pour expoſer avec ordre ce que j'ai à dire des cauſes de l'inflammation du cerveau dans les plaies de tête ; j'examinerai, 1°. celles qui lui donnent lieu en général ; 2°. celles qui en déterminent l'eſpèce, qui la rendent, par exemple, phlegmoneuſe plutôt que bilieuſe, ou réciproquement.

CXLVI. L'effet primitif de la commotion étant de produire ſur le cerveau une irritation générale (CVII), il eſt évident que cet accident ſera une des cauſes les plus actives de l'inflammation ; alors, en effet, comme diſoient les anciens, les fluides ſe portent en abondance ſur l'organe irrité, il devient le ſiége d'un engorgement que termine une prompte réſolution, s'il eſt peu conſidérable, ou que les moyens indiqués (CXXII-CXXXVI) aient été aſſez tôt mis en uſage, mais auquel ſuccède une inflammation, ſi l'ébranlement a été violent, ou qu'on ait rien fait pour la prévenir. J'ai traité iſolément de la commotion, & je n'ajouterai rien ici, en la conſidérant comme cauſe d'inflammation, ſinon que le paſſage de l'une à l'autre n'eſt pas toujours aiſé à ſaiſir, & que quelquefois rien n'eſt plus difficile que de dire quand les accidens ſont dûs encore à la commotion, ou quand l'engorgement du cerveau, qui lui a ſuccédé, leur donne naiſſance.

CXLVII. Une ſeconde cauſe non moins fréquente, c'eſt la contuſion du cerveau & de ſes membranes. Nous avons vu comment, dans le coup porté ſur la tête, l'un de ſes diamètres diminuoit, les autres s'alongeant en proportion (XXXI) : cela poſé, il eſt facile de concevoir comment arrive cette contuſion.

Qu'un corps frappe, par exemple, la partie antérieure du front. Le diamètre antéro-postérieur sera tout-à-coup raccourci; le mouvement subitement imprimé à l'endroit frappé, se communiquera à la portion correspondante du cerveau. Là les fibres de ce viscère ou de ses membranes, seront pressées, froissées les unes contre les autres, quelques petits vaisseaux sanguins se rompront; il y aura contusion, qui peut également survenir, & par la même raison, dans l'endroit opposé au coup. L'expérience confirme cette théorie, en nous montrant, à l'ouverture des cadavres, l'un ou l'autre endroit, contus, enflammé ou en suppuration.

CXLVIII. Le même mécanisme produit, comme je l'ai dit, la commotion (CVII), espèce de contusion générale du cerveau, qui paroît être souvent en raison inverse de la contusion locale; en effet, si le mouvement est universellement répandu, l'endroit frappé en éprouvera moins spécialement l'influence; au contraire agit-il sur-tout là où le coup a porté, la masse cérébrale s'en ressentira moins: au reste, l'une & l'autre affection peuvent se compliquer ensemble, ou isolément exister: chaque jour nous voyons une intégrité parfaite dans le cerveau des malades que la commotion a tués, ou une grande contusion chez ceux qui ont été exempts des accidens primitifs de la commotion, ou enfin un ébranlement en même temps local & général dans le viscère.

CXLIX. En considérant la contusion locale du cerveau, abstraction faite de sa commotion, il est évident qu'ici, comme par-tout ailleurs, elle doit fréquemment produire l'inflammation, qui survient d'abord dans l'endroit contus, & qui bientôt s'étend plus ou

moins, suivant la disposition du sujet. Desault a rencontré souvent sur les cadavres une suppuration à l'endroit frappé, réunie à une phlogose des membranes, dans les environs.

CL. Telles sont donc, dans les plaies de tête, les deux causes générales d'inflammation, 1°. la commotion, 2°. la contusion du cerveau : on peut encore y joindre la présence d'un fluide épanché sur les membranes qui les irrite, y détermine du gonflement, de l'inflammation (CII). Passons à celles qui en déterminent l'espèce.

CLI. A ce second genre de causes se rapporte sur-tout l'influence de l'âge, du climat, du tempérament, de la constitution, de la saison, &c. Le malade est-il jeune, robuste, vigoureux ? Se trouve-t-il dans un air vif & pur ? Est-il naturellement sanguin ? La constitution inflammatoire domine-t-elle ? L'accident est-il arrivé dans le printemps ? communément alors le cerveau devient le siége d'un inflammation phlegmoneuse. Au contraire, le blessé, d'un moyen âge, est-il naturellement bilieux ? La constitution est-elle analogue ? Est-on dans la saison des affections gastriques ? Les lieux sont-ils humides, mal-sains ? L'engorgement prend alors le caractère des érésypèles bilieux.

CLII. D'après cela il est facile de concevoir pourquoi, à la suite de la commotion ou des contusions du cerveau, l'inflammation phlegmoneuse est commune dans les pays secs & élevés, chez les paysans des montagnes, par exemple : pourquoi au contraire elle est si rare dans la plupart des grands hôpitaux, des prisons, où l'inflammation bilieuse se manifeste si souvent.

CLIII. Mais outre les causes générales il en est

une particulière qui mérite ici une grande attention pour la seconde espèce d'inflammation. Nous avons vu qu'un des effets consécutifs de la commotion étoit, par le rapport qui existe entre le cerveau & les organes biliaires, d'exciter sur ceux-ci une espèce d'irritation (cxv cxviii), d'où naît l'état saburral des premières voies, état qu'annoncent le dégoût, l'amertume de la bouche, les nausées, les vomissemens, &c. Or, à cette action du cerveau sur les organes biliaires, succède bientôt une réaction de ceux-ci sur le cerveau.

cliv. La disposition bilieuse prédominante alors dans le systême, imprime son caractère à ce viscère déjà engorgé, ensorte qu'on peut dire que la cause matérielle, qui modifie ici l'inflammation, existe essentiellement dans les premières voies. Mais comment agit cette cause? Est-ce la matière saburrale des intestins, qui se porte alors sur le cerveau? Stoll n'ose prononcer: *fortasse*, dit-il, *nihil omninò morbosæ materiæ ad cerebrum ablegatur sed ægrotante ventriculo, ob inexplicabilem quemdam consensum incephalum quoque ægrotat.*

clv. Que nous importe le comment, pourvu que nous sachions la chose; or, chaque jour l'expérience nous en atteste la réalité. Voyez un cadavre mort de plaies à la tête & ayant un abcès au foie, presque toujours une suppuration muqueuse, jaunâtre, gluante, recouvre les membranes du cerveau, indice de l'inflammation bilieuse qui l'a précédée. Chez un malade, où elle s'est manifestée, détruisez, par les vomissemens, la turgescence bilieuse, & les symptômes se calmeront; que cette turgescence reparoisse, ils se reproduiront aussi: toujours elle leur est antécédente & leur donne l'aspect sous lequel ils se présentent.

CLVI. On peut donc considérer comme cause essentiellement déterminante de l'inflammation bilieuse, la réaction des organes biliaires sur le cerveau, dont la commotion a agi sur eux. Souvent il n'y a point de réaction, mais bien simple action de ces organes; c'est lorsque étrangère à la secousse du cerveau la disposition bilieuse a été déterminée par les erreurs, le régime, l'air mal-sain, & autres causes exposées (CLX).

CLVII. En général les causes de l'inflammation du cerveau, dans les plaies de tête, ont long-temps de la tendance à s'exercer; de-là les dangers auxquels est exposé le malade, & la nécessité de le surveiller.

§. XXII. *Du traitement.*

CLVIII. Le traitement de l'inflammation du cerveau, dans les plaies de la tête, doit varier comme les espèces dont elle est susceptible. De-là deux méthodes essentiellement différentes, l'une relative à l'inflammation phlegmoneuse, l'autre à l'inflammation bilieuse.

CLIX. Les saignées plus ou moins souvent répétées, suivant le degré de force du malade; les sangsues & les ventouses appliquées aux tempes; l'usage des boissons acidulées, des lavemens laxatifs & rafraîchissans; une diete rigoureuse; l'application constamment entretenue de substances émollientes sur la tête rasée & mise à nu; la fraîcheur de l'air que respire le malade : tels sont les bases principales de la première méthode, qui, sous tous les rapports, rentre dans la classe des moyens anti-phlogistiques; on en trouve d'heureux effets dans les campagnes, où il n'est

pas rare de voir à la suite des plaies de tête, recourir six à huit fois de suite à la saignée.

CLX. La seconde méthode doit être dirigée spécialement sur les causes qui déterminent & entretiennent la disposition bilieuse : or, ces causes existent spécialement dans les premières voies (CLIV); d'où il suit que les évacuans formeront la base de cette méthode.

CLXI. La saignée doit en être constamment bannie; elle favoriseroit plus qu'elle ne préviendroit le mal. Comme dans le cas précédent, la tête rasée sera recouverte de cataplasmes émolliens ; dès l'apparition des symptômes, donnez en grand lavage le tartre stibié à la dose d'un, de deux grains & même davantage, suivant les difficultés qu'il aura à produire son effet : répétez chaque jour le même moyen, sans craindre que les vomissemens produisent sur le cerveau, déjà enflammé, une irritation fâcheuse. Toujours elle est nulle ; au contraire, le pouls devient mol, perd sa tension; la langue se nétoie; la pesanteur, la douleur de tête diminuent; tous les accidens se calment quand le malade a vomi. Que ces premiers succès ne vous arrêtent pas, bientôt les symptômes recommenceroient si vous interrompiez l'usage de l'émétique. Desault le continuoit souvent pendant une quinzaine de jours consécutifs.

CLXII. Il faut ne l'abandonner que par gradation, le donner d'abord tous les deux, puis tous les trois jours; le cesser enfin, & dès que le moindre symptôme gastrique se manifeste, dès qu'un peu de pesanteur se fait sentir à la tête, recommencez à l'administrer. Le cerveau reste long-temps plus irrité que les autres organes, de-là les fréquentes rechutes, si

les attentions les plus exactes ne les préviennent. C'est une opinion communément reçue qu'après le quarantième jour, les accidens ne font plus à craindre; mais l'expérience prouve que le danger subsiste plus long-temps & qu'au bout de deux, trois & même quatre mois, le malade n'est pas à l'abri. C'est au chirurgien à veiller pendant ce temps à son état; la pesanteur, l'embarras de la tête étant l'ordinaire avant-coureur des récidives, il faut surveiller avec attention cette circonstance.

CLXIII. Toute erreur dans le régime, même la plus légère, a de fâcheuses conséquences, & doit être soigneusement évitée.

OBS. V (recueillie par Chorin). Un homme tombe d'un échafaudage, se fracture le crâne, & n'éprouve, pendant huit jours, aucune espèce d'accident. A cette époque, la fièvre survient; les premières voies s'embarrassent; la tête devient pesante, la région du foie douloureuse; bientôt tous les signes d'une inflammation bilieuse se manifestent.

On transporte le malade à l'Hôtel-Dieu; l'émétique est aussi-tôt administré; chaque jour on en répète l'usage: le douzième les accidens sont presque dissipés: le quatorzième, le malade paroît bien portant; on lui apporte à manger du dehors; il satisfait son appétit; boit outre mesure; le soir envie de vomir; nausées; mal-aise général: le lendemain, symptômes renouvelés de l'inflammation; bientôt perte de connoissance; assoupissement; délire; mort le dix-septième jour.

CLXIV. Ces excès de régime font d'autant plus à craindre, que l'usage, ainsi constamment continué de l'émétique, donne au malade un appétit vorace,

qu'il cherche ſans ceſſe à ſatisfaire. D'un autre côté, une diete trop ſévère ne ſeroit pas moins préjudiciable, en entretenant la proſtration des forces; entre ces deux extrêmes, reſte donc un milieu à tenir: donner des alimens légers, de facile digeſtion, & en petite quantité; dès que le malade commence à mieux aller, les augmenter peu à peu, & revenir ainſi par gradation au régime ordinaire.

CLXV. A l'uſage de l'émétique, il faut aſſocier les boiſſons délayantes, acidulées, les lavemens laxatifs, les émolliens qui, appliqués ſur la tête, ont l'avantage de favoriſer l'afflux des humeurs, ſur les tégumens externes, & de les détourner, comme diſoient les anciens, de deſſus les membranes cérébrales. Voyez à la fin de ce mémoire, d'autres détails ſur cette méthode de traitement.

DE LA SUPPURATION DU CERVEAU ET SES MEMBRANES DANS LES PLAIES DE TÊTE.

CLXVI. Quelqu'exacts qu'aient été les moyens mis en uſage pour combattre l'inflammation (CLVIII-CLXIV), quelquefois ils ſont inſuffiſans, & ne peuvent empêcher la ſuppuration du cerveau ou des ſes membranes; ſuppuration ſouvent inévitable, ſi le traitement a été peu méthodique. Examinons ce dernier accident des plaies de tête, en ne le conſidérant que comme réſultat de l'inflammation.

§. XXIII. *Des variétés & des ſignes.*

CLXVII. La ſuppuration du cerveau varie ici ſuivant l'eſpèce de l'inflammation qui l'a précédée: dans la phlegmoneuſe elle a ſon ſiége dans la ſubſtance

même de l'organe, où elle forme un abcès, une collection de matière, analogue à celle que produit le phlegmon dans les diverses parties du corps. Au contraire, dans l'inflammation bilieuse, ce n'est point un foyer purulent, mais un enduit gluant, jaunâtre, visqueux, extrêmement adhérent aux membranes, ou à la superficie du cerveau, dont elle occupe une grande étendue; telle est le plus communément cette adhérence, que sur le cadavre même, il est extrêmement difficile d'enlever toute la matière.

CLXVIII. Cette seconde espèce de suppuration, analogue à celle de toutes les membranes, est la plus communément observée à l'Hôtel-Dieu. Presque tous les blessés qui meurent quelque temps après leur accident, nous en offrent des traces; preuve évidente, si d'autres signes ne nous l'indiquoient pas, que l'inflammation bilieuse y domine toujours.

CLXIX. Quelle que soit au reste la nature du pus formé sur le cerveau ou ses membranes, nous avons lieu d'en présumer l'existence, lorsqu'au bout du huitième ou dixième jour de l'inflammation, les accidens ne diminuent point; que la tête au contraire s'appesantit; qu'un assoupissement plus profond se manifeste, que dans le commencement de l'inflammation; lorsque des frissons saisissent le malade; qu'il éprouve des sueurs nocturnes, une décoloration plus marquée dans les traits du visage; lorsqu'aux accidens primitifs se joignent la paralysie & les convulsions, signes en général plus caractéristiques de la compression, que de toute autre affection du cerveau.

CLXX. A ces symptômes on peut présumer en général que la suppuration existe. Mais où se rencontre-t-elle? Cette question est essentielle pour

l'indication du trépan. Dans la ſuppuration de la première eſpèce (CLXVII), elle eſt toujours impoſſible à réſoudre, parce que raſſemblé en foyer, le pus occupe un trop petit eſpace; & que rien ne nous indique à quelle portion des os du crâne répond cet eſpace. Le détachement ſpontané du péricrâne, ſymptôme ſur lequel Pott inſiſte tant, la collection de ſucs putrides entre cette membrane & les os du crâne, le mauvais aſpect des bords de la plàie, s'il en exiſte, la ſuppuration ſanieuſe qui s'en échappe, le côté où ont lieu la paralyſie ou les convulſions, n'offrent que des probabilités plus qu'incertaines, & on peut aſſurer, ſelon Deſault, que jamais le praticien ne peut dire ni même préſumer, là où eſt l'épanchement purulent.

CLXXI. Dans la ſeconde eſpèce de ſuppuration, plus de probabilités ſe rencontrent, parce que diſſéminée ſur le cerveau & ſes membranes, elle occupe un eſpace beaucoup plus grand (CLXVII): mais ici même, jamais nous ne pouvons dire de quel côté du crâne elle exiſte. Au reſte, ſerions-nous ſûrs de tomber ſur elle, en ouvrant la boîte oſſeuſe, je prouverai que cette connoiſſance nous eſt inutile.

§. XXIV. *Du traitement.*

CLXXII. Tous les auteurs conſeillent, ici comme dans le cas d'épanchement ſanguin & de fracture au crâne, l'application du trépan, moyen unique de guériſon, ſelon eux: examinons cette doctrine dans l'une & l'autre eſpèce de ſuppuration.

CLXXIII. Faut-il trépaner ſi les ſignes de ſuppuration ſe manifeſtent à la ſuite de l'inflammation phlegmoneuſe? Avant de répondre, remarquons,

1°. que nous ne savons jamais positivement s'il y a collection purulente ; 2°. qu'en supposant que nous en ayons des probabilités, rien ne peut nous faire soupçonner à quel endroit elle répond ; 3°. qu'il est très-difficile souvent impossible de déterminer laquelle des deux espèces (CLXVI) de suppuration existe, ce qui seroit essentiel cependant, puisque, comme on le verra, le trepan est nul dans la seconde ; 4°. que l'ouverture du crâne, très-dangereuse, lorsque le cerveau est sain (LXXVII), est presque constamment mortelle dans ce cas, où toutes ses parties sont affectées, où l'inflammation est sans doute encore existante, où un foyer de suppuration plus ou moins étendu sera à découvert. L'accès de l'air ne tarde pas à renouveler la fièvre avec violence ; la phlogose augmente autour du centre de suppuration ; elle s'y développe de nouveau, si elle avoit disparu ; le délire, le transport surviennent, & bientôt la mort termine les accidens. Telle a été la série de ceux observés par Desault, dans les malades, que dans les commencemens de sa pratique à l'Hôtel-Dieu, il a eu occasion de trépaner pour des épanchemens purulens. L'analogie nous le persuaderoit, quoique l'expérience ne nous en convaincroit pas. Qui ne sait en effet qu'ouvrir les foyers purulens des grandes cavités, c'est presque toujours hâter la mort du malade, sur-tout dans les grands hôpitaux, où mille causes tendent à imprimer à l'air un caractère funeste, qui ailleurs lui est étranger, & dont l'action est immédiate sur l'abcès ouvert ? Qui ne sait que l'empième est presque toujours plus nuisible qu'utile ? &c.

CLXXIV. D'après ces données, il sera facile de résoudre la question proposée ; soient en effet, disoit Desault, dix malades, tous affectés de suppuration au

au cerveau, & chez lesquels on aura recours au trépan : ôtez de ce nombre, 1°. ceux où l'accès de l'air sur les surfaces malades, sera cause de la mort; 2°. ceux où l'opération sera inutile, soit par la non-existence de l'épanchement, ou parce qu'on ne le rencontrera pas, soit qu'effet de l'inflammation bilieuse, le pus se trouve disséminé, ou que de sa nature, la maladie soit mortelle ; combien en restera-t-il où on obtiendra quelque avantage? Pas assez sans doute pour nous encourager à une opération contre laquelle sont tant de probabilités, qui en a si peu en sa faveur, & qu'on pourroit tenter tout au plus, en supposant exactement connu le lieu de l'épanchement.

CLXXV. Cette doctrine acquerra un degré nouveau de certitude, si on réflechit que la collection purulente du cerveau, n'est pas toujours mortelle par elle-même, qu'il est des cas, rares il est vrai, où elle se fait jour à travers les os eux-mêmes ou leur sutures, soit dans un seul point, soit dans une plus grande étendue : dans ce cas, laissez agir la nature, ne relevez que les pièces d'os qui déjà se sont spontanément détachées ; l'exfoliation surviendra ; une substance nouvelle remplira la place de la portion tombée. Trop prompt à donner issue au pus par le trépan, vous occasionneriez des accidens, que vous n'éprouverez pas en vous bornant à une médecine expectante : sans doute qu'il faudra aider la nature lorsqu'elle est impuissante ; mais pourquoi l'accabler de secours qu'elle ne réclame pas? Au reste, je ne prétends pas tirer de ce fait de pratique, qui s'est offert quelquefois à Desault, des conséquences généralement applicables; chaque jour l'expérience me démentiroit en m'offrant des victimes de l'épanchement purulent du

cerveau. Mais, réunie à celles déjà exposées, cette preuve paroît suffisante pour répondre négativement à la question (CLXXXI).

CLXXVI. Passons au traitement de la seconde espèce de suppuration, de celle qui succède à l'inflammation bilieuse ? Doit-on, pour faire cesser les accidens qui en dépendent, recourir au trépan ? Examinons les probabilités qui l'appellent ou le repoussent ici: 1°. il n'est pas plus de certitude du côté de l'existence de l'épanchement, que dans le cas précédent; 2°. en supposant cette existence reconnue, le lieu où il se rencontre, s'offrira plus probablement, il est vrai, à l'ouverture du trépan, parce que le pus est plus largement disséminé; 3°. les dangers de l'opération seront les mêmes; d'où l'on voit que sous ces premiers rapports, sa nécessité ne sera guère mieux prouvée que dans la première espèce de suppuration.

CLXXVII. Mais ce qui toujours ici le contre-indique d'une manière évidente, c'est l'état du pus, que nous avons dit être largement disséminé, & adhérent d'une manière intime à la dure-mère ou à la superficie du cerveau (CLXVII): de-là l'impossibilité de s'écouler en entier par l'ouverture de la couronne. Cette portion seule pourra être enlevée, qui correspondra à cette ouverture, ensorte qu'il faudroit mettre à découvert une large surface, souvent toute la dure-mère, pour que l'épanchement fût complètement évacué; ce qui est manifestement impossible. Desault a éprouvé, en quelques occasions, cette difficulté de donner issue à la matière purulente, dans le temps où il pratiquoit encore le trépan. Dailleurs que l'analogie nous dirige. Iroit-on pratiquer l'opération de l'empième dans ces cas où, à la suite de certaines inflammations,

la plevre s'enduit dans toute son étendue, de cette espèce de lymphe inflammatoire, blanchâtre, visqueuse, dure & lardacée au bout d'un certain temps, que l'ouverture des cadavres nous présente si souvent?

CLXXVIII. Ici donc plus encore que dans le cas précédent, il n'est jamais indiqué de pratiquer le trépan; fût-on même sûr du lieu précis où se trouve le fluide, ou plutôt l'enduit muqueux & tenace, adhérent aux membranes. En effet, le moindre inconvénient de l'opération seroit son absolue inutilité.

CONCLUSION GÉNÉRALE.

CLXXIX. De ce qui a été dit dans ce mémoire, il résulte 1°. que les mêmes signes caractérisent dans les plaies de tête, des affections du cerveau essentiellement différentes; 2°. que ces affections sont spécialement la compression, la commotion & l'inflammation; 3°. que cette identité de leurs signes, nous laisse le plus communément incertains, sur celle à qui nous devons les attribuer; 4°. que l'incertitude est sur-tout applicable à la commotion & à la compression, effet de l'épanchement sanguin; l'inflammation étant plus facile à distinguer; 5°. que de-là résultent les difficultés, si grandes & si généralement reconnues du traitement des plaies de tête, difficultés sur lesquelles ont jeté un jour moins grand qu'on l'espéroit d'abord, les recherches de Petit, de Pott, & de tous les auteurs qui, comme eux, ont cherché dans les signes, des circonstances qui pussent les rendre exclusivement caractéristiques de telle ou telle affection.

CLXXX. Quelle règle doit donc ici guider le praticien?

Ira-t-il à l'aveugle combattre ce dont souvent il ignore la nature? employer des remèdes, incertains s'ils sont indiqués? s'exposer à nuire, dans la vue d'être utile? Nous avons bien désigné quels moyens exige en particulier, chacune des affections du cerveau, dans les plaies de tête, en supposant connues ces affections. Mais dans le doute de leur existence, il faut une méthode de traitement, sinon également applicable à la commotion, à la compression & à l'inflammation, au moins qui, favorable à l'une, ne soit pas funeste aux autres, & qui, remplissant dans celle-ci, toutes les indications, satisfasse à quelques-unes de celles-là.

CLXXXI. Pour éclaircir cette matière, autant qu'elle peut l'être, & pour, en même temps, donner une idée exacte & générale des motifs qui dirigeoient Desault, dans son traitement, supposons un malade avec ou sans fracture du crâne, & éprouvant, à la suite d'un coup reçu à la tête, l'assoupissement, la perte de connoissance, le délire & autres symptômes indiqués comme effet de l'épanchement sanguin (LII-LIX) de l'enfoncement (LXXI), de la commotion (CXI) & de l'inflammation (CXXXIX & CXL). Supposons aussi, ce qui est le plus ordinaire, que nulle circonstance particulière ne nous indique de laquelle de ces diverses causes ils dépendent. Or, dès qu'un tel malade étoit transporté à l'Hôtel Dieu, voici quelle méthode de traitement étoit employée dans les dernières années que Desault y exerçoit la chirurgie, & les motifs sur lesquels elle étoit appuyée.

CLXXXII. Si l'estomac n'étoit point rempli d'alimens, si le pouls étoit élevé, si le malade n'avoit pas perdu trop de sang, une saignée étoit préliminairement ordonnée; rarement on la répétoit de peur d'occasionner

un affoibliffement toujours funefte. La tête rafée & mife à nu dans toute fon étendue, étoit recouverte d'un cataplafme émollient; les plaies, s'il y en avoit, panfées fuivant leur nature. Peu d'heures après, ou à l'inftant de l'arrivée du malade, fi la faignée n'étoit pas indiquée, un grain de tartre ftibié étoit donné en lavage; quelquefois le malade vomiffoit, fouvent quelques felles étoient produites, fouvent auffi aucune évacuation fenfible n'avoit lieu. L'effet du remède n'eft pas moins réel dans cette dernière circonftance; comme je l'ai dit (CXXXVI); un lavement irritant étoit adminiftré.

CLXXXIII. Le lendemain, & chaque jour fuivant, le panfement étoit renouvelé, & le tartre ftibié régulièrement ordonné, à la même dofe s'il y avoit eu des évacuations, à celle d'un grain & demi & même de deux grains, fi le malade n'en avoit point éprouvées. On en continuoit l'ufage pendant huit, dix & même quinze jours confécutifs, fuivant les effets plus ou moins prompts qu'il produifoit.

CLXXXIV. Dès le premier jour, quelquefois le fecond ou même le troifième, le malade fortoit de l'affoupiffement, les fonctions intellectuelles fe rétabliffoient à mefure que le tartre ftibié étoit adminiftré; enfin le malade étoit entièrement rendu à lui-même, au bout de quinze ou vingt jours le plus tard. Alors on abandonnoit graduellement l'ufage de l'émétique, comme j'ai indiqué (CLXII); ou le ceffoit enfin avec la précaution de le renouveler dès qu'un peu de pefanteur à la tête fe manifeftoit, qu'il furvenoit dans le pouls un changement quelconque, dans les premières voies, quelques fignes de plénitude. Voyez les détails ultérieurs du traitement, aux articles commotion & inflammation.

CLXXXV. Mais si au troisième, au quatrième jour du traitement, les symptômes ne sont point diminués, s'ils augmentent même, presque toujours le moyen est impuissant & la mort certaine. Elle arrive plus ou moins vîte, suivant la nature de l'affection du cerveau & les degrés divers de cette affection. En général, s'il est vrai que l'expérience est seule arbitre de nos procédés curatifs, on peut certifier les avantages de celui-ci.

CLXXXVI. Examinons maintenant sur quelles bases appuie cette méthode qui, au premier coup d'œil, nous paroît très-empirique, puisqu'on l'applique à tous les cas où les accidens se manifestent, quoique ces accidens puissent dépendre de causes très-différentes (CLXXIX); cependant si on réfléchit à ce que nous avons dit sur ces causes; on verra, quelles qu'elles soient, que toujours la méthode précédente est indiquée, sinon exclusivement, au moins sous un plus ou moins grand nombre de rapports.

CLXXXVII. S'il y a épanchement sanguin, le trépan, sans doute très-avantageux pour combattre cette complication, si on pouvoit la reconnoître, est rarement indiqué par les accidens qui en sont le résultat & qui frappent nos sens, par rapport à l'incertitude qu'ils laissent, 1°. sur l'existence; 2°. sur le lieu du fluide épanché (LII-LXV). Dans cette incertitude, il faut donc combattre les effets, si on ne peut enlever la cause. Or, ces effets sont inévitablement une irritation, un engorgement du cerveau, une disposition à l'inflammation (CII), que l'émétique journellement répété, réprimera avec succès; l'application du cataplasme sur la tête, en favorisant l'afflux des humeurs sur les tégumens externes, les détournera du cerveau

où elles ont de la tendance à se porter. Les vésicatoires le remplaceront avec avantage, si on a besoin d'un moyen plus actif (CXXVII); d'ailleurs presque toujours à l'épanchement s'unit, pendant les premiers jours, la commotion à un degré plus ou moins considérable (LII) : or pour combattre ses effets sur le cerveau, les évacuans & les stimulans sont exclusivement indiqués (CXXVII-CXXXVII).

CLXXXVIII. Les accidens dépendent-ils d'une pièce osseuse enfoncée? Que ce cas exige ou non le trépan (XCIV & XCV), il ne faut pas moins combattre & prévenir l'affection du cerveau? Est-il possible en effet, que dans un coup assez violent pour produire un effet tel, ce viscère n'ait pas été contus, meurtri, qu'il ne soit pas par conséquent disposé à l'inflammation, qu'il n'existe pas en même temps un peu de commotion? Ici donc encore, la méthode précédente est exclusivement indiquée, si on ne trépane pas; elle est un accessoire essentiel, si on a recours à l'opération.

CLXXXIX. Si la commotion du cerveau est le principe des accidens, j'ai prouvé qu'une irritation artificielle produite soit sur les intestins (CXXXIII), soit sur le cuir chevelu (CXXVIII), étoit le seul moyen de les faire cesser, ou d'en calmer la violence.

CXC. L'inflammation existe-t-elle? Nous avons vu que sa nature étoit presque constamment bilieuse, surtout dans les grands hôpitaux (CLXII). La méthode évacuante, est donc encore ici presque constamment indiquée (CLX). Quant à l'épanchement purulent, il survient, à une époque trop reculée, pour jeter sur le diagnostic une incertitude qui influe sur nos moyens curatifs.

CXCI. Cette courte récapitulation de tout ce qui a

été dit dans ce mémoire, suffit pour faire concevoir sur quels principes appuyoit la pratique de Desault, dans les plaies de tête compliquées des accidens ordinaires, tels que l'assoupissement, le délire, la perte de connoissance, &c. &c. Détruire l'irritation du cerveau, seule indication dans la commotion & l'inflammation bilieuse, indication essentielle dans l'épanchement & l'enfoncement; tel fut son but. L'expérience a prouvé, dans cinq années consécutives, qu'il le manquoit rarement.

CXCII. Sans doute que dans plusieurs rencontres, il auroit pu réunir, aux moyens évacuans & stimulans, la perforation du crâne, & peut-être que plusieurs malades, soignés par lui, sont morts victimes de la non-application du trépan; mais si on considère ceux pour qui elle auroit été mortelle à l'Hôtel-Dieu, & qui ont été sauvés, on se convaincra que sa doctrine, qui bannit cette opération du traitement des plaies de tête, à quelques cas d'épanchement & d'enfoncement près, repose sur des bases plus solides & moins arbitraires, que les opinions, dans lesquelles nous avons été élevés, semblent nous le persuader.

MÉMOIRE

Sur l'opération de la fistule lacrymale.

§. Ier.

I. Si la multiplicité des procédés opératoires étoit la mesure des progrès de l'art sur le traitement d'une maladie, quel autre plus que celui de la fistule lacrymale seroit voisin de la perfection ? Depuis le commencement de ce siècle une foule de chirurgiens en ont fait l'objet de leurs recherches. Anel, Voolouze, Laforêt, Palluci, Méjan, Petit, Monro, Foubert, Ponteau, Lecat, Louis, Heister, Cabanis; Jurine, semblent, dans leurs ingénieux procédés, avoir, pour ainsi dire, accablé la nature des moyens de l'art, & prodigué les ressources, plus encore qu'elle les obstacles.

II. Cependant au milieu de tant de routes ouvertes, souvent l'artiste incertain ne sait quelle est la plus sûre; essayons de la lui indiquer, en présentant sur ce point la pratique de Desault. Si une opération nouvelle n'a pas été créée par lui, l'assemblage méthodique qu'il a fait de celles déjà connues, les modifications utiles sous lesquelles il les a présentées, les détails pratiques dont il les a agrandies, doivent faire figurer son nom parmi ceux que je viens de tracer.

III. Mon objet n'est point de reproduire ici cette foule de procédés, dont quelques-uns ont été peut-être plus souvent décrits dans les livres, qu'employés

ſur les malades. Ceux-là ſeuls m'occuperont qui ont rapport à celui de Deſault ; ainſi, comme il réſulte eſſentiellement de ceux de Petit & de Méjan, je les examinerai d'abord, en appréciant leurs avantages & leurs inconvéniens ; je conſidérerai enſuite les modifications variées, ſous leſquelles divers auteurs les ont préſentés. Enfin, paſſant à celle de Deſault, je décrirai & ſon procédé opératoire, & le traitement conſécutif ; mais il n'eſt pas inutile de préſenter auparavant quelques vues, & ſur la maladie elle-même, & ſur les méthodes générales de traitement qu'on lui a oppoſées.

§. II. *Réflexions ſur les deux méthodes générales d'opérer la fiſtule lacrymale.*

IV. On ſait qu'au retréciſſement ou à l'oblitération du canal nazal, produits par une cauſe quelconque, eſt dûe, dans preſque tous les cas, la maladie qui nous occupe ; ſoit que reſtées intactes, les parois du ſac préſentent une tumeur lacrymale, d'où les larmes refluent continuellement ſur les joues, à travers les points lacrymaux, ſoit qu'en partie détruites & ulcérées, ces parois préſentent une fiſtule qui offre aux larmes un paſſage contre nature, ſans ceſſe entretenu par elles ; enſorte que ces deux états, la tumeur & la fiſtule, ſont preſque toujours des degrés différens d'une même affection, & que le traitement qui convient à l'une, repoſe ſur les mêmes baſes que celui indiqué dans l'autre.

V. Or, ce traitement ſe diviſe ici, comme dans toutes les fiſtules, en deux méthodes générales, renfermant chacune un grand nombre de procédés, & nous conduiſant au même but par deux routes eſſen-

tiellement différentes : 1°. suppléer au retrécissement ou à l'oblitération du canal nazal par une route artificielle ; 2°. rétablir le diamètre de ce canal dans son état naturel. Examinons rapidement les avantages & les inconvéniens de ces deux méthodes; abstraction faite de ceux particuliers à leurs procédés.

VI. L'une offre aux larmes un passage artificiel, où elles n'ont guère plus de tendance à couler, que par l'ouverture contre nature déjà existante; c'est établir une fistule interne au lieu d'une fistule externe. L'autre leur présente une issue par où elles sont naturellement portées à s'échapper, & qui rétablit l'intégrité des organes. Les bords de l'ouverture sont sans cesse disposés à se refermer dans la première, parce que la nature tend toujours à détruire tout ce qui est contraire au systême organique qu'elle a adopté. Dans la seconde, si une compression méthodique long-temps continuée a détruit les obstacles à l'écoulement du fluide, si les parois du canal sont redevenues saines, un retrécissement nouveau est moins souvent à craindre. Moins de facilité se rencontre quelquefois dans celle-ci, sur-tout lorsque le canal est presque entièrement oblitéré, parce qu'alors une voie nouvelle doit être pour ainsi dire ouverte au milieu des parties très-résistantes, & que plus de trajet est à parcourir pour arriver dans les fosses nazales. Celle-là est exempte de cet inconvénient, l'épaisseur de l'os unguis étant seule à traverser. Les parois de l'ouverture artificielle, ne pourront jouir de cette action organique, nécessaire au mouvement des liquides. Ce fluide muqueux, destiné dans le conduit nazal, à le lubréfier, à en rendre la membrane plus lisse, à la garantir de l'impression des larmes, se

trouvera-t-il ici ? Non ſans doute, une cicatrice facile à ſe gonfler, à donner naiſſance à des excroiſſances, obſtacles évidens au paſſage du fluide, tapiſſera les parois de cette ouverture, ſi la nature la conſerve. Le rétabliſſement du conduit naturel n'offrira jamais ces divers inconvéniens; dans la premièreméthode, la léſion des os, leur perte de ſubſtance peuvent donner lieu à leur carie, d'où naiſſent des inconvéniens auſſi graves ſouvent queceux auxquels on vouloit remédier. Nulles craintes ſous ce rapport, en employant la ſeconde méthode; l'expérience ſemble ſouvent les condamner toutes deux, en nous montrant la fréquente inefficacité des efforts les plus méthodiques; mais dans l'une, bien plus ſouvent que dans l'autre, les ſuccès s'entremêlent aux revers.

VII. De ce parallèle rapidement établi entre les deux méthodes de traiter la fiſtule lacrymale, il réſulte 1°. que l'ouverture artificielle préſente toujours une ſomme d'inconvéniens plus forte que celle de ſes avantages; 2°. que le rétabliſſement du conduit naturel lui eſt préférable ſous le plus grand nombre de rapports; 3°. que ce rétabliſſement doit être le but du praticien, dans l'opération de la fiſtule; 4°. que s'il eſt des cas où l'ouverture artificielle eſt indiquée, ce n'eſt guère que dans l'oblitération complète du canal nazal, oblitération que la pratique démontre être très-rare.

VIII. Ces conſéquences paroîtront encore plus ſolidement déduites, ſi on conſidère les déſavantages particuliers aux divers procédés de la première méthode, tels que ceux des anciens, de Voolhouſe, &c., déſavantages qu'il n'eſt point de mon objet de retracer. Avouons-le cependant, il en eſt un parmi ces procédés,

celui du célèbre Hunster, qui mérite une distinction à laquelle les autres n'ont point droit, & que la pratique de Desault a même consacré ; mais j'y reviendrai à la fin de ce mémoire dans un article particulier, & je passe aux procédés de la seconde méthode, qui ont servi de base à celui que je vais décrire.

§. III. *Des procédés de Petit & de Méjan, dont l'assemblage forme celui de Desault.*

IX. J'ai dit (III), que je n'examinerois point ici les procédés de l'une ou l'autre méthode, étrangers à celui que j'ai à faire connoître, jettons donc un coup-d'œil sur ceux dont il est l'assemblage ; nous les comparerons ensuite.

X. Nous devons au célèbre Petit l'ingénieuse idée du rétablissement du conduit naturel ; elle donna lieu à son procédé, base commune d'où sont partis presque tous ceux qui sont venus après lui. Un bistouri ordinaire, un autre étroit & court, à lame canelée sur celle de ses faces qui doit répondre antérieurement ; une sonde canelée ordinaire, une bougie, tel est l'ensemble d'instrumens nécessaires à l'opération, qui se pratique de la manière suivante :

1°. Divisez, avec le bistouri ordinaire, & par une incision sémi-lunaire, les tégumens, depuis le tendon direct, jusqu'à six lignes plus bas & plus en dehors, suivant le rebord orbitaire.

2°. Pénétrez, par une seconde incision, faite avec le bistouri canelé, dans l'intérieur du sac, & maintenez-y avec la main gauche, l'instrument dans la direction du canal.

3°. Faites glisser la sonde le long de la canelure, & retirez ensuite le bistouri.

4°. Que la ſonde portée en tous ſens dans le canal nazal, détruiſe les obſtacles qui s'y renconrrent, & ſe fraye un paſſage juſque dans les foſſes nazales, où quelques gouttes de ſang annoncent ſa préſence.

5°. Faites gliſſer le long de la ſonde, une bougie proportionnée au diamètre du canal, aſſujettie par un fil qui, attaché à ſon extrémité ſupérieure, la retient en haut, & maintenue par quelques compreſſes que ſurmonte un bandage convenable.

6°. Les premiers jours de l'opération paſſés, & la ſuppuration établie, on change la bougie qui doit être renouvelée tous les deux ou trois jours, & dont on continue l'uſage, juſqu'à ce qu'elle entre & ſorte ſans occaſionner de douleur, & qu'elle n'entraîne plus après elle que de la mucoſité; on la ſupprime alors entièrement, & après y avoir ſuppléé par des injections déterſives, on favoriſe la cicatrice de la plaie extérieure.

XI. Pour arriver au même but, Méjan prit une autre route. Voici quel eſt ſon procédé: les inſtrumens qu'il exige ſont: 1°. un ſtyler long de ſix pouces, flexible, terminé d'un côté par un bouton en olive, de l'autre par une ouverture dans laquelle eſt paſſé un fil deſtiné à retirer le ſeton; 2°. ce ſeton, aſſemblage cylindrique de quelques brins de charpie unis enſemble; 3°. une érigue-mouſſe, une pince, une ſonde trouée à ſon extrémité, ou encore les palettes que Cabanis y a ſubſtituées, tout étant ainſi diſpoſé, le malade placé comme dans les autres méthodes, alors:

1°. Introduire le ſtylet par le point lacrymal ſupérieur, d'abord de dehors en dedans, puis de haut en bas, pour arriver dans le ſac lacrymal.

2°. Pénétrer dans le canal nazal; traverſer les obſtacles pour arriver dans les narines, & ſi on n'y peut parvenir, ſubſtituer un ſtylet pointu au mouſſe qu'on emploie ordinairement.

3°. Retirer le ſtylet avec l'un des inſtrumens ci-deſſus déſignés, le dégager du fil, qui reſte ainſi pendant 24 heures, ſortant & par le point lacrymal, & par les foſſes nazales.

4°. Fixer à ce fil le ſeton, enduit d'un onguent digeſtif, & qu'on retire de bas en haut.

5°. Retirer chaque jour le ſeton, au moyen du fil fixé à ſon extrémité inférieure; lui en ſubſtituer un autre, comme lui chargé de différens médicamens, & continuer ce traitement juſqu'à ce que le ſeton ne laiſſe plus couler de pus, ou qu'il monte & deſcende à volonté.

§. IV. *Parallèle de ces deux procédés.*

XII. Tel eſt en général le précis des procédés de Petit & de Méjan; recherchons maintenant les avantages & les inconvéniens reſpectifs de l'un & l'autre; prouvons qu'à tous deux il faut retrancher, que chacun iſolé reſte impuiſſant, & que de leur union ſeule doit naître leur perfection. Pour cela diſtinguons deux temps dans l'opération; 1°. celui de l'inciſion du ſac, & de la déſobſtruction du canal; 2°. celui de la dilatation de ce dernier.

XIII. Dans le premier temps de l'opération, la route artificielle offerte à la ſonde, dans le procédé de Petit, eſt préférable à la route naturelle que ſuit le ſtylet de Méjan. Dans l'une, en effet, vous avez l'avantage de mettre à découvert le ſac dont la

membrane interne, presque toujours malade, doit être convenablement traitée; moins de trajet est à parcourir pour arriver au canal; plus de largeur dans l'ouverture facilite le reste de l'opération. Dans l'autre, à l'étroitesse & au défaut de direction du passage, à la longueur du trajet, & par suite à la difficulté de l'introduction de l'instrument dans le sac, se joint l'inconvénient de la présence habituelle du fil, dans un conduit naturel, dont les parois peuvent s'excorier, s'enflammer, se couper même comme on l'a vu, se réunir ensuite & s'oblitérer, ou perdre leur action organique & leur faculté d'absorber les larmes.

XIV. Cependant on peut reprocher à ce premier temps du procédé de Petit, l'inutilité d'un bistouri particulier, de la canelure creusée sur une de ses lames, l'étendue trop grande de son incision, la maniére de la pratiquer à deux reprises, la forme sémilunaire qu'il lui donne, d'où peut naître le renversement des bords, & même l'éraillement des paupières.

XV. La sonde canelée ordinaire est préférable pour désobstruer le sac du stylet de Méjan; plus résistante, elle franchit sans peine les obstacles, & arrive dans le nez; tandis que l'autre très-flexible, cède & se plie devant le moindre retrécissement; & si alors on a recours au stylet pointu (XI, 2°.), de fausses routes peuvent en être le résultat. Son extraction des fosses nazales est pénible; l'introduction des instrumens qu'elle exige, douloureuse & susceptible de produire une irritation funeste.

XVI. Cependant on peut reprocher à la sonde de Petit d'être trop grosse, & par conséquent susceptible, étant portée avec peu de précaution, de fracturer l'os unguis.

XVII. Dans le second, temps le ſeton de Méjan mérite, ſur la bougie de Petit, une préférence excluſive. Plus mol & plus flexible, il ſe moule ſur la figure du canal, que l'autre irrite par ſa préſence & ſa preſſion. Celle-ci, placée de haut en bas, & laiſſée entre les bords de la plaie, les renverſe en dedans, les écarte, les comprime, & par-là éloigne plus ou moins leur réunion; inconvéniens que partage en partie la canule de Foubert, laiſſée en place pendant le traitement, & ſur laquelle il prétendoit faire cicatriſer la plaie: d'ailleurs, cette canule peut s'obſtruer; rarement elle reſte fixe dans le canal; libre, elle s'échappe dans la narine, le malade l'avale, ou elle s'engage dans la glotte; reſte-t-elle en place? pouſſée contre la cicatrice du grand angle, quand le malade ſe mouche, touſſe, crache un peu fort, elle l'irrite, l'enflâmme, peut même la déchirer. Enfin, le premier principe de la réunion des plaies eſt ici manifeſtement heurté, puiſque la préſence d'un corps étranger y eſt un obſtacle évident. Tiré au contraire de bas en haut, le ſeton de Méjan eſt à l'abri de cet inconvénient.

XVIII. Malgré ces avantages, Méjan mérite le double reproche, 1°. de ne pas groſſir aſſez ſon ſeton pour agrandir ainſi peu à peu le canal; 2°. de le conſidérer plutôt comme moyen propre à porter les médicamens, que comme moyen de dilatation.

XIX. De ce rapprochement entre les procédés de Petit & de Méjan, il réſulte, 1°. que pour déſobſtruer le canal, le premier eſt préférable, 2°. que pour le dilater, le ſecond a plus d'avantage; 3°. que cependant le mérite de tous deux eſt défiguré par quelques inconvéniens; 4°. que pour avoir un bon procédé, il faut emprunter de l'un ſon premier temps,

de l'autre son second, réunir ensuite ces deux temps, en modifiant ce qu'ils ont de défectueux. Cette idée n'a pas échappé à quelques chirurgiens qui ont fait des efforts pour la réaliser; mais plus ou moins insuffisans, leurs procédés n'offrent pas les avantages qu'avec des bases aussi solides, on avoit droit d'attendre.

§. V. *Des procédés qui ont pour base ceux de Petit & de Méjan.*

xx. Monro, en adoptant le procédé de Petit, substituoit à sa bougie un fil introduit au moyen d'une sonde courbée en demi-ovale, droite l'espace d'un demi-pouce vers son extrémité, & qu'il faisoit assez facilement pénétrer dans le nez. Le fil qu'elle avoit entraîné, étoit chargé chaque jour des remèdes dessicatifs & détersifs, & l'usage en étoit continué aussi long-temps qu'il étoit nécessaire. Mais, 1°. on sait maintenant combien sont inutiles tous ces médicamens, autrefois si vantés dans le traitement des fistules; 2°. le fil qui sert de seton, ou sera assez gros pour s'adapter au diamètre du canal, & alors il écartera trop les bords de l'ouverture externe, qu'il empêchera de se réunir, ou il sera assez petit pour laisser ces bords en contact, excepté dans un point, & il ne pourra pas dilater le canal, dont il ne comprimera pas les parois.

xxi. Lecat a employé le seton de Méjan, introduit à peu près comme la bougie de Petit. Tiré à chaque pansement de haut en bas, comme le fil de Monro, il avoit ici, outre les deux inconvéniens précédens (xx), celui de renverser chaque fois en

bas, les bords de la plaie, d'entraîner dans le même ſens la membrane du canal, & de l'amener vers l'orifice inférieur, où elle peut former un bourrelet qui gêne l'écoulement des larmes, en rétréciſſant leur paſſage.

xxii. En même temps que Lecat, Pouteau aſſocioit à l'inciſion du ſac, pratiquée en dedans, l'uſage du ſeton; mais le lieu de cette inciſion, ſuſceptible de cauſer l'irritation, l'inflammation de la conjonctive & de l'œil : accidens auprès deſquels l'avantage d'éviter une légère difformité, n'eſt preſque rien; le défaut d'augmentation graduelle des brins de fil du ſeton, la difficulté de le paſſer, rangent ſon procédé au même niveau que celui de Lecat qui le lui diſputoit.

xxiii. De ces diverſes modifications, celle de Jurine préſenteroit ſans doute le plus d'avantage, ſoit parce que l'ouverture extérieure n'ayant ici que l'étendue néceſſaire au paſſage du fil, permet la réunion des bords, ſoit parce que le ſeton eſt tiré de bas en haut. Mais, comme le remarque Sabatier, n'eſt-il pas à craindre que le trois-quarts qui fraie la route au ſtylet conducteur du fil, porté au haſard & ſans guide dans le canal nazal, n'aille bleſſer ſes parois, faire de fauſſes routes, percer même l'os unguis & pénétrer dans le nez?

xxiv. De ces diverſes conſidérations, il réſulte que les auteurs laiſſent en général beaucoup à deſirer dans l'aſſemblage qu'ils ont voulu faire des procédés de Petit & de Méjan, qu'avantageux ſous certains rapports, leurs procédés ne ſauroient être admis ſous pluſieurs autres. Examinons ſi dans celui de Deſault plus d'avantages & moins d'inconvéniens ſe rencontrent.

§. VI. *Du procédé de Desault, assemblage de ceux de Petit & de Méjan.*

xxv. Il consiste en général : tantôt à inciser le sac, à désobstruer le canal, & à passer ensuite le fil servant à retirer un seton qui doit faire pendant le traitement ce que Petit opéroit avec ses bougies ; tantôt à élargir seulement avec les bougies, l'ouverture fistuleuse & le canal, sans aucune incision, à passer ensuite le fil & le seton.

xxvi. Les préparations du malade n'ont rien ici de particulier ; relatives au degré de ses forces, à la cause dont dépend son affection, cause qu'il faut toujours préliminairement combattre, si elle est connue, à l'état des organes gastriques dont l'influence est si grande sur les opérations, elles varient suivant ces diverses circonstances, & sont le plus communément inutiles, si rien n'est dérangé dans l'économie animale, si, comme on le dit, elles ne sont que de précaution.

xxvii. Les instrumens nécessaires à l'opération varient, suivant qu'il faut pratiquer une incision au sac, ou dilater seulement l'ouverture existante. Ce sont, 1°. un bistouri ordinaire à lame étroite, à pointe forte, de peur que, portée un peu trop violemment dans le sac, elle ne plie ou ne se rompe ; 2°. des bougies de cordes à boyau, d'une grosseur graduellement augmentée, d'une longueur proportionnée à celle du canal, surmontées chacunes par un fil destiné à les assujettir, préparées de manière qu'elles offrent supérieurement une tête arrondie, que le chirurgien fait lui-même à la flamme de la chandelle, & inférieure-

ment une pointe mouſſe, pratiquée avec un canif; 3°. une ſonde à panaris ordinaire, ou mieux encore un ſtylet d'argent de ſix pouces de long, aſſez ſolide pour forcer les obſtacles du canal; 4°. de petites canules en argent ou en plomb. L'un ou l'autre métal eſt indifférent, lorſqu'on introduit la canule ſur la ſonde à panaris; ſi elle eſt en plomb, le chirurgien peut auſſi lui-même la faire à l'inſtant de l'opération, avec une lame diſpoſée à cet effet, qu'il roule autour d'un mandrin, après avoir replié l'un de ſes bords, pour faire une ſaillie qui l'arrête en haut, & avoir pris au dehors la meſure de la longueur du canal; mais ſi, comme je le dirai (xxx), on introduit la canule ſur un ſtylet, mieux vaut alors qu'elle ſoit en argent, parce qu'elle a plus de ſolidité, & dans ce cas, ſon diamètre ſera exactement proportionné à la groſſeur du ſtylet d'argent. Quelle que ſoit ſa compoſition, elle ſera un peu plus large ſupérieurement, qu'inférieurement, & aura en haut un petit trou ou anneau, pour y fixer un fil deſtiné à l'aſſujettir; 5°. un fil non ciré, deſtiné à paſſer le ſeton; 6°. le ſeton, aſſemblage cylindrique de pluſieurs brins de charpie, dont le nombre chaque jour augmenté le groſſit à volonté.

xxviii. Tout étant convenablement diſpoſé, le malade eſt aſſis ſur une chaiſe haute, la tête appuyée, comme dans tous les autres procédés, ſur la poitrine d'un aide, dont les mains ſe croiſent ſur le front.

xxix. Alors il eſt deux manières d'opérer, relatives à l'état des parois du ſac lacrymal: 1°. ſi ces parois ſont intactes, comme dans la tumeur lacrymale, ſi, étant ouvertes, le trou fiſtuleux eſt très-étroit & hors de la direction du canal, ſi un ſtylet porté à travers le trou, pour ſonder les parties, ſent une grande

résistance, & ne peut parvenir aux fosses nazales, l'incision du sac est alors nécessaire; 2°. mais le trou fistuleux est-il suffisamment grand? se trouve-t-il dans la direction du canal? le rétrécissement peu considérable, permet-il au stylet, qui sonde le passage, de le traverser; il suffit de dilater d'abord pendant quelques temps avec des bougies, puis ensuite avec le seton. Examinons la manière de se conduire dans l'un & l'autre cas.

xxx. Si l'incision du sac est indiquée;

1°. L'aide qui soutient la tête, relève en haut la paupière supérieure, tandis que le chirurgien s'assure de la situation du sac, en cherchant le rebord de l'apophyse montante, marque avec l'ongle l'endroit de l'incision, entre le rebord & le tendon de l'orbiculaire, tend les tégumens avec l'indicateur placé sur le nez & le pouce sur l'os maxillaire, & fait saillir le tendon au-dessous duquel doit être porté le bistouri.

2°. Il saisit le bistouri comme une plume à écrire, de la main droite, si c'est du côté gauche qu'est la fistule, & réciproquement, tourne le dos contre le nez, & l'enfonce en un seul temps dans le sac, dans la partie supérieure du canal, & même jusque dans les fosses nazales, si la lame est assez étroite, en intéressant ainsi du même coup la peau, les fibres de l'orbiculaire & les parois du sac. S'il existe un gonflement considérable, l'incision à deux temps de Petit (x, 1°. & 2°.), mérite la préférence.

3°. De-là résulte une incision oblique de haut en bas, & de dedans en dehors, de deux ou trois lignes d'étendue. Il est difficile, en connoissant la direction & la situation du sac, de ne pas y arriver sur-le-champ, sans la précaution préliminaire de Pouteau,

qui le laissoit se remplir de matières, pour en rendre les parois plus saillantes. Le défaut de résistance, offerte au bistouri, indique qu'il a pénétré. Si la tumeur s'étend au-dessus du tendon de l'orbiculaire, il faut y commencer l'incision, parce que dans la suite du traitement, la bride qui en résulte, empêchant le pus de couler en bas, peut donner lieu à une tumeur nouvelle.

4°. Sur la face antérieure de la lame du bistouri fermement assujetti dans la direction du canal, & un peu incliné en dehors, le chirurgien fait glisser son stylet d'argent, retire le bistouri devenu inutile, & en même temps fait l'ouverture des clapiers, si, comme il arrive quelquefois, il s'en rencontre le long du rebord orbitaire ; ce défaut de précaution pourroit être nuisible au succès de l'opération.

5°. Le stylet est enfoncé dans le canal nazal avec précaution, & par de légers mouvemens de rotation, si, très-considérable, le rétrécissement s'oppose à son passage. Quelquefois une autre cause l'empêche d'avancer : l'arcade surcilière trop saillante, forme en haut un obstacle qui oblige de lui donner une direction oblique, de manière que, portée trop en arrière, son extrémité va heurter la paroi opposée du canal, se trouve arrêtée par elle, & peut même, si on force, faire une fausse route. Dans ce cas, courbez légèrement le stylet vis-à-vis l'arcade, de manière à l'accommoder à sa saillie. Témoin un jour d'une opération, où on ne pouvoit réussir à arriver dans les fosses nazales, Desault conseilla ce moyen, que la disposition des sourcils indiquoit, & à l'instant le stylet pénétra. Sa présence, dans les fosses nazales, est annoncée par un chatouillement qu'y éprouve le malade, par quelques gouttes de sang qui s'échappent, sur-tout si l'obstacle

a été difficile à vaincre. Faites alors tourner en divers ſens, le ſtylet pour déſobſtruer le canal.

6°. Lorſque le trajet eſt ſuffiſamment élargi, prenez une canule dont le diamètre ſoit bien proportionné à la groſſeur du ſtylet (XXVII, 5°.) : faites-la gliſſer ſur lui, exactement comme dans l'opération de la fiſtule à l'anus; retirez-le lorſqu'elle eſt parvenue dans le canal & juſqu'aux foſſes nazales; il eſt rare que ſon introduction ſouffre des difficultés, ſi ſon bord inférieur bien aminci, s'adapte exactement ſur le ſtylet.

7°. La canule ainſi introduite, ſert à paſſer le fil qui doit retirer le ſeton : on y fait gliſſer l'extrémité de ce fil pluſieurs fois repliée ſur elle-même, on la pouſſe en bas avec le ſtylet, de manière à ce qu'il en parvienne ſur le plancher des foſſes nazales, un bout aſſez long.

8°. Lorſque le malade l'y ſent arrivé, on le fait moucher avec force, après avoir eu la précaution de lui fermer la bouche & la narine oppoſée, afin que toute la colonne d'air de l'expiration paſſant dans celle où eſt le fil, l'entraîne vers l'ouverture antérieure; d'où l'on voit la néceſſité de ne pas le cirer, comme pour nos opérations ordinaires; il auroit alors trop de rigidité. Les premières tentatives ſont quelquefois infructueuſes; ne vous rebutez pas alors, en laiſſant un peu repoſer le malade, & recommençant enſuite à le faire moucher, il eſt rare que le fil ne vienne pas, ſans l'introduction toujours fatigante & ſouvent douloureuſe des inſtrumens propres à le retirer. Si on ne pouvoit y réuſſir de cette manière, une érigne mouſſe ou un ſtylet recourbé, ſerviroient à aller le chercher. Quelquefois la difficulté d'extraire le fil vient de ce que la canule, immédiatement appuyée ſur le plancher, le

retient, ou de ce que, dirigée en arrière, elle l'éloigne de l'ouverture antérieure des narines. On évite le premier obstacle soit en soulevant un peu la canule, quand le malade se mouche, soit en lui donnant inferieurement une coupe oblique en bec de flûte, qui permette au fil de s'en échapper; on remédie au second, en lui faisant prendre une courbure, dont la concavite dirigée en devant, portera dans ce sens son extrémité inférieure. Cette correction est dûe à Giraud.

9°. Au fil sortant ainsi par les fosses nazales est attaché le seton, d'une grosseur analogue au rétrécissement actuel du canal, préliminairement graissé de cérat, afin de pouvoir plus facilement glisser, & terminé inférieurement par un autre boût de fil auquel tient, d'autre part, un petit peloton de charpie. La portion du fil sortant au-dessous du grand angle, tirée ensuite de bas en haut, l'entraîne dans le sac lacrymal, sans cependant le faire remonter jusque entre les bords de l'ouverture, où le fil reste seul; précaution essentielle, comme je le dirai (L). Si l'opération a été très-douloureuse, qu'il y ait trop d'irritation dans le canal, on peut remettre au lendemain l'introduction du seton; mais en général il vaut mieux opérer en un temps.

10°. Le peloton de charpie & le bout de fil qui l'unit au seton, sont ensuite cachés dans la narine, d'où on le retire à chaque pansement & avec lui le seton. Le reste du fil de Bretagne, roulé autour d'une carte, est enveloppé d'un papier blanc, qu'on cache dans les cheveux.

11°. Sur la fistule est appliqué un petit emplâtre de diachilon gommé; qu'on soutient avec une compresse, assujettie par le monoculus.

XXXI. Tel est le procédé auquel on doit avoir recours

dans le cas où l'incision du sac est préliminairement indiquée ; il a été sujet à plusieurs variations, & ceux qui ont suivi Desault ne s'en étonneront pas ; ils savent que son génie modifioit presque chaque fois les détails & même les procédés opératoires.

xxxii. Il combina long-temps l'usage du seton & des bougies : celles-ci placées dans le canal, après l'incision du sac, y restoient pendant quelques jours, étoient graduellement augmentées & dilatoient peu à peu le passage, où la canule introduite ensuite, servoit à passer le fil pour retirer le seton. Mais c'est multiplier inutilement les moyens, & mieux vaut, lorsqu'on est obligé d'introduire un stylet pour désobstruer le canal, faire tout de suite glisser la canule sur lui, placer le seton, & réserver les bougies pour le cas que je vais examiner.

xxxiii. Au lieu de stylet, une sonde à panaris étoit autrefois employée à desobstruer le sac; sur la crénelure tournée en avant, glissoit ensuite la canule; mais il est évident que celle-ci éprouvera moins de résistance, introduite, comme il a été indiqué (xxx, 6°.), parce que son extrémité inférieure présentera moins de surface aux obstacles qui l'arrêtent. Passons sur d'autres changemens plus minutieux.

xxxiv. J'ai dit (xxix), que si l'ouverture fistuleuse est suffisante, le rétrécissement peu considérable, l'incision du sac devenoit inutile; alors il faut préliminairement élargir le canal par l'usage des bougies, & leur substituer ensuite le seton. Cette méthode, quoique plus lente, est en général préférable quand elle est possible, parce qu'on irrite moins la membrane déjà malade du canal, par la compression graduelle des bougies, que par l'introduction momentanément forcée de la sonde & du stylet.

xxxv. Dans ce cas, prenez une bougie proportionnée, & à l'ouverture & au rétrécissement du canal; par exemple, une chanterelle de violon, si l'une est très-petite & l'autre rrès-grande: préparez-là comme il a été indiqué (xxvii): faites-là ensuite pénétrer, graissée de cérat, en lui imprimant de légers mouvemens de rotation sur elle-même: si vous réussissez à la faire parvenir dans les fosses nazales, qu'elle soit assujettie supérieurement par le fil qui y est attaché, à un emplâtre agglutinatif; sans cette précaution, elle pourroit s'échapper, & il seroit très-difficile de la retirer ensuite. Le lendemain, l'humidité en aura doublé le volume, le canal & l'ouverture fistuleuse se trouveront un peu dilatés: passez alors une bougie un peu plus grosse: le sur-lendemain, une plus grosse encore, & ainsi de suite, jusqu'à ce que la dilatation soit suffisante pour introduire la canule qui doit servir à conduire le fil (xxx, 6°.). On reconnoît que le canal est assez dilaté, 1°. à la facilité qu'ont les bougies d'un volume ordinaire, de monter & descendre dans le canal; 2°. à la sortie libre de l'air par l'ouverture fistuleuse, quand le malade se mouche.

xxxvi. Desault employoit quelquefois dans ce cas un autre moyen de passer le fil; il l'entortilloit à une bougie, le replioit plusieurs fois sur lui-même, à son extrémité, l'y assujettissoit avec un peu de cire, de manière à ce qu'il fît corps avec elle, & la faisoit ainsi pénétrer: le lendemain la chaleur ayant fondu la cire, le fil devenoit libre dans les fosses nazales, & on le retiroit, soit avec un instrument, soit plutôt faisant moucher le malade. Au fil étoit attaché le seton dont la grosseur est toujours déterminée ici par celle de la dernière bougie qu'on a employée, & alors le procédé

devenoit le même que celui indiqué (xxx, 9°.-11°.) auquel je renvoie pour le reste. Si l'ouverture fistuleuse étoit assez considérable, que la dilatation fût suffisante dans le canal, on pourroit se dispenser de l'usage préliminaire des bougies, & passer tout de suite le fil avec la canule & le stylet.

§. VII. *Du traitement consécutif.*

XXXVII. De quelque manière qu'ait été faite l'introduction du seton, soit qu'elle ait suivi immédiatement l'incision du sac (XXX), soit que cette incision n'ayant point eu lieu, des bougies aient été préliminairement employées (XXXIV), voici le traitement consécutif auquel on doit avoir recours après cette introduction.

XXXVIII. Le lendemain, le seton est retiré par les fosses nazales, chargé d'un enduit purulent de plus ou moins bonne qualité ; quelquefois noirâtre dans une portion de son étendue, souvent dans le milieu ; circonstance qui indique la dénudation du canal osseux & la carie de l'endroit correspondant ; la portion du fil qui a traversé le sac est coupée ; à l'extrémité se place un autre seton qu'on retire en haut comme la première fois.

XXXIX. Chaque jour il est ainsi changé avec la précaution d'y ajouter toutes les fois un fil de charpie, afin d'en augmenter graduellement le volume, & de dilater ainsi le canal d'une manière insensible.

XL. Quelquefois une inflammation locale est le résultat de l'opération, sur-tout quand on a fait effort pour vaincre les obstacles avec le stylet ; alors on applique, sur l'ouverture, un cataplasme émollient,

dont on continue l'ufage jufqu'à la difparution des accidens.

XLI. Lorfque le fil eft ufé, un autre le remplace. On le fait paffer en le fixant fupérieurement à ce qui refte de l'ancien qui eft retiré par les foffes nazales. Peut-être n'eft-il pas indifférent d'indiquer la forme du nœud qui unit les deux fils; parce que devant paffer à travers des parties déjà irritables, il eft effentiel qu'il préfente le moins de volume & d'inégalités poffible. Une anfe, d'abord formée avec l'extrémité du nouveau fil, eft tenue avec les deux premiers doigts de la main gauche par le chirurgien qui y paffe de derrière en devant, l'extrémité fupérieure de l'ancien fil, avec laquelle il fait une feconde anfe, dont la branche antérieure, plus petite, eft portée à droite, puis derrière, puis à gauche, enfin au devant de la poftérieure plus longue; on la paffe enfuite dans l'anfe fupérieure de manière à former une efpèce de lacs d'amour qu'on ferre à volonté. Le nouveau fil eft ainfi tiré en bas; à fon extrémité s'attache, comme à l'ordinaire, le feton, qu'on groffit chaque jour.

XLII. Lorfque par fes accroiffemens fucceffifs, il eft parvenu à un volume égal ou même fupérieur au diamètre ordinaire du canal, qu'il gliffe facilement, que la plaie extérieure prefque fermée, ne préfente qu'une ouverture fuffifante au paffage du fil, lorfqu'au lieu d'être recouvert par une matière purulente & quelquefois noirâtre (XXXVIII), le feton ne fort plus qu'enduit du mucus qui fe fépare naturellement dans le canal, alors on peut fupprimer l'ufage de ce moyen, avec la précaution cependant de laiffer encore, pendant un certain temps, le fil dans le canal, afin que fi l'ufage du feton redevient néceffaire on puiffe le réintroduire.

XLIII. Un petit tampon de charpie eſt fixé à l'extrémité inférieure du fil, caché enſuite dans la narine, dont on le retire facilement (XL, 10°.), la petite plaie eſt recouverte d'un emplâtre de diachilon gommé. Les larmés qui, juſque-là, couloient encore ſur les joues, la préſence du ſeton leur formant un obſtacle, commencent alors à reprendre leur route naturelle, & au bout d'un temps plus ou moins long, l'épiphora eſt entièrement guéri : alors on ôte le fil ; les bords de l'ouverture ſe ferment ſpontanément, ou bien leur cicatrice eſt favoriſée par une légère cautériſation avec la pierre infernale, & le malade eſt guéri.

XLIV. Telle eſt la marche la plus favorable de la maladie, & le traitement conſécutif qu'il faut y oppoſer après l'opération. Mais combien de fois les choſes ne ſe paſſent pas ainſi ? combien de fois, malgré les efforts les plus méthodiques & les plus conſtamment continués, la fiſtule ſubſiſte-t-elle toujours, ou ſi elle ſe referme momentanément, eſt-elle bientôt reproduite ? Les obſtacles, qu'ici rencontre le praticien, ont été expoſés par divers auteurs, & ſur-tout en France, avec une préciſion qui me diſpenſe d'entrer dans des détails ultérieurs.

XLV. Au reſte, rien n'eſt conſtant dans la durée du traitement ; deux mois ont quelquefois ſuffi, mais le plus ſouvent, ſix mois, un an même, de l'uſage du ſeton deviennent néceſſaires, & Desault, dans une malade qu'il a guérie en 1787, n'a entièrement ôté le fil qu'au quinzième mois.

§. VIII. *Du procédé de Desault, comparé aux autres.*

XLVI. Puisque, comme nous l'avons vu, (XIII & XV) la première partie de l'opération de la fistule, celle qui a rapport à la désobstruction du canal, a, dans le procédé de Petit, des avantages plus réels, que dans celui de Méjan, & que celui-ci offre, au contraire, plus de facilité dans la seconde partie, c'est-à-dire, dans la dilatation du canal (XVII), il résulte de-là, que le procédé de Desault, assemblage des deux précédens, en ce qu'ils ont de bien, mérite en général la préférence sur chacun d'eux isolé.

XLVII. Mais il me reste à démontrer, 1°. les perfections qu'il ajoute à chacune des parties du procédé qu'il emprunte, 2°. les avantages qu'il a sur ceux qui, comme lui, ont pour base, les découvertes de Petit & de Méjan.

XLVIII. J'ai indiqué (XIV & XVI), les défauts qui défigurent les premiers temps du procédé de Petit, si avantageux sous les autres rapports. Or, il est évident qu'ici ces défauts disparoissent. 1°. Si on fait l'incision du sac, elle est peu étendue, n'a point la forme demi-circulaire qui, dans les pansemens, expose aux renversemens, à l'irritation des bords, par l'espèce de lambeau qu'elle forme, & après la guérison à une cicatrice difforme; 2°. pratiquée en un seul temps, elle n'alonge pas l'opération; 3°. un bistouri ordinaire suffit, sans lui créer une forme particulière; 4°. moins volumineux que la sonde de Petit, le stylet qui débouche le canal, ou la sonde à panaris destinée au même usage, n'exposent point à rompre les parois osseuses du canal;

5°. souvent l'incision est évitée, de même que l'usage de tout instrument qui, forçant subitement la résistance qu'offre le retrécissement du canal, occasionne toujours une irritation considérable dans la membrane déjà malade (XXXIV); 6°. l'excision recommandée par Petit, des callosités qui environnent la fistule, est presque toujours inutile; le passage des larmes les produit & les entretient : détournez ce fluide en le ramenant dans son conduit naturel, & vous les verrez disparoître. Telles à la fistule à l'anus les endurcissemens se guérissent, quand le suintement des humidités stercorales cesse.

XLIX. Sous ces premiers rapports, les moyens relatifs à la désobstruction du canal & qui ont été décrits (XXX & XXXV), ont donc des avantages réels sur ceux qui leur correspondent dans le procédé de Petit (X).

L. Méjan employoit le seton, moins comme moyen de dilatation, que comme propre à porter dans le canal les médicamens nécessaires, selon lui, pour guérir l'affection de la membrane (XVIII); en effet, il le chargeoit de basilicum, de baume verd, &c. Or, on sait maintenant que son action ne peut être mise à profit, que dans la vue de dilater, & que le moindre inconvénient de tout cet appareil de topiques est leur constante inutilité; ensorte qu'il n'est pas d'autre manière d'employer le seton, que d'en grossir insensiblement le volume, comme le faisoit Desault (XXXIX), qui sous ce second rapport, avoit perfectionné la partie de son procédé empruntée de Méjan.

LI. Enfin, si on compare ce procédé à ceux qui, comme lui, ont voulu réunir les deux autres, on verra qu'il a sur eux des avantages marqués. Le double

double inconvénient appliquable au procédé (xx), ne sauroit ici avoir lieu. Les bords de la division ne sont point écartés pendant le traitement; en effet, le fil seul & non le seton, passe entre ces bords qui se rapprochent peu à peu l'un de l'autre, & se recollent ensemble, pendant que la dilatation du canal s'opère; lorsqu'elle est complète, un point reste seulement à cicatriser à l'endroit du fil; ensorte qu'on n'a pas à guérir encore la plaie, lorsque le canal naturel est rétabli, ce qui seroit alors d'autant moins facile, que les lèvres, fatiguées par les pansemens, par la présence d'un corps étranger, si long-temps continuée, deviennent calleux, & perdent presque la propriété de contracter des adhérences. Tiré en haut à chaque pansement, le seton n'entraîne point en bas la membrane du canal; le bourrelet, obstacle au passage des larmes (xxi), n'est point à craindre: nulle irritation ne peut résulter pour l'œil, de l'incision & du pus qui s'en échappe. Le fil trouve rarement des difficultés à pénétrer dans les fosses nazales (xxii); nulle crainte de faire une fausse route (xxiii), lorsque le stylet est méthodiquement introduit & dirigé avec les précautions que nous avons indiquées.

lii. D'un autre côté, ce procédé est simple, toujours facile pour le chirurgien, jamais fatigant pour le malade. Il dispense de cette foule d'instrumens qui apauvrissent de leur inutile abondance nos autres méthodes de traitement. Cet exposé suffit pour répondre aux objections nombreuses accumulées dans le temps contre lui. Je veux bien, disoit un jour Chopart à quelques membres de l'académie qui les lui proposoient, que les autres procédés soient plus ingénieux, mais celui-ci guérit mieux». En-

effet, il est une foule de cas où un succès complet l'a couronne, soit entre les mains de Desault, soit dans celles d'autres chirurgiens. Si ce succès n'est pas toujours constant, c'est qu'il semble que la nature destinant la plupart des fistules à exister toujours, repousse tout moyen contraire à ses vues, & se joue de nos efforts les mieux combinés.

LIII. Les observations suivantes, recueillies, l'une par Gavard, l'autre par Giraud, confirmeront la doctrine établie dans ce mémoire. Dans la première, les bougies seules & le seton ont été employés; dans la seconde, l'incision du sac & sa désobstruction ont précédé, sans l'usage intermédiaire des bougies, l'emploi du seton : procédé qui avoit été exclusivement adopté par Desault, dans le cas de tumeur lacrymale ou d'ouverture fistuleuse trop petite, & de retrécissement considérable au canal (XXIX).

OBS. I. Le nommé Boudin, maçon, âgé de 50 ans, entra à l'Hôtel-Dieu le 14 novembre 1795, pour y être traité d'une fistule lacrymale qu'il portoit depuis deux ans, & pour laquelle il avoit déjà subi divers traitemens. Tel étoit alors l'état des parties : ouverture fistuleuse à bords durs & calleux, à deux lignes au-dessous du tendon de l'orbiculaire; tuméfaction & rougeur de la paupière inférieure; larmoiement habituel; issue d'une matière blanchâtre à travers l'ouverture fistuleuse, par la compression de la tumeur.

Le malade étant bien portant d'ailleurs, toute préparation devenoit inutile, & Desault procéda à l'opération dès le même jour. Une corde à boyau, d'une grandeur mesurée au dehors, sur la distance qui sépare le plancher des fosses nazales d'avec le grand angle, fut introduite dans l'ouverture fistuleuse, poussée

ensuite dans le canal nazal, dont elle franchit avec peine les obstacles pour arriver dans la narine; laissée en place jusqu'au lendemain, elle fut remplacée par une autre d'un volume double, à laquelle succéda le troisième jour une plus grosse encore, & ainsi de suite jusqu'au septième jour, où les passages etant très-libres, l'air sortant bien, lorsque le malade se mouchoit, on eut recours au seton, qui fut facilement introduit par le procédé indiqué (xxx, 7°.-10°.). Le huitième jour il fut retiré par la narine, chargé d'un enduit purulent, blanc, lié & de bonne qualité, excepté dans le milieu, où sa couleur noirâtre indiquoit une dénudation avec carie à l'os, à l'endroit correspondant. Introduction d'un nouveau seton; tisane de patience ordonnée: le treizième jour, renouvellement du fil entièrement usé de la manière indiquée (XLI); rien de nouveau jusqu'au vingt-deuxième, rougeur érésypélateuse de la paupière toujours continuée: le vingt-deuxième jour, entière disparution de la trace noirâtre imprimée, à chaque pansement, sur le seton; affaissement & ramollissement sensibles des bords de l'ouverture fistuleuse: le vingt-cinquième, dégorgement presque complet de la paupière; rétrécissement de l'ouverture fistuleuse, donnant seulement passage au fil: le trente-quatrième, mouvemens très-libres du seton dans le canal; humeur muqueuse qui lui est naturelle, substituée à l'enduit purulent qui enduisoit la charpie: le quarantième, seton supprimé; fil seulement laissé en place, puis supprimé lui-même, le quarante-septième; cautérisation légère des bords de l'ouverture, pour en favoriser la réunion: le cinquantième, cicatrice achevée; rétablissement entier du passage des larmes; sortie du malade de l'Hôtel-Dieu.

OBS. II. Pierre Bénévent, âgé de 34 ans, entra à l'Hospice d'Humanité, le 2 mai 1790, pour y être traité d'une fistule lacrymale du côté droit.

En 1788 il avoit eu, au grand angle, une tumeur sans changement de couleur à la peau, sans douleur, accompagnée de larmoiement & de sécheresse à la narine, du même côté. Appelé près de lui, un chirurgien crut reconnoître un dépôt, dont il chercha à hâter la maturité par des applications excitantes. Leur effet fut de produire un inflammation à la peau, à laquelle succéda bientôt une ulcération qui ouvrit le sac, & donna lieu à une fistule, dont les bords durs & calleux, au bout de peu de temps, furent inutilement pansés pendant un an avec des résolutifs.

A son entrée à l'Hospice, Desault ayant voulu sonder le trajet, éprouva une résistance considérable, devant laquelle son stylet se plia & ne put parvenir dans les fosses nazales. L'ouverture extérieure, d'ailleurs extrêmement étroite, indiquoit l'incision des parois du sac; on y procéda le 10 mai; l'opération n'offrit de particulier, que beaucoup de difficulté à retirer le fil, qu'on ne put amener au dehors qu'avec un stylet recourbé. Passé ensuite, comme à l'ordinaire, le seton dilata peu à peu le canal, par les augmentations successives qu'on lui donnoit : le quarante-cinquième jour, il fut supprimé ; le fil resta encore jusqu'au soixantième jour, l'écoulement des larmes parut complétement rétabli : examiné long-temps après, le malade a paru très-bien guéri.

§. VIII. *Réflexions sur le procédé de Hunter.*

LIV. La première méthode d'opérer la fistule lacrymale, ou le rétablissement du conduit naturel (v), présente quelquefois des difficultés, qui assurent en certains cas, à la seconde méthode, ou à la route artificielle, une prééminence marquée; c'est principalement lorsque le rétrécissement du canal est ancien, qu'il est très-considérable & voisin presque de l'oblitération, que la membrane a acquis une dureté comme squirreuse, que tout espoir de la dégorger par la compression est enlevé, qu'il faut, pour ainsi dire, se frayer une voie artificielle au milieu des passages naturels; c'est lorsqu'un polype des fosses nazales ou du sinus maxillaire, une exostose de l'os du même nom, la position du méat inférieur dont le bord touche le plancher des fosses nazales, empêchent toute communication de ces fosses avec le sac lacrymal.

LV. Le procédé de Hunter, présente alors des avantages qu'on ne trouve point dans les autres de la même méthode, tels que ceux de Voolhouse, des anciens, &c.: recourez donc à ce procédé, si celui indiqué (xxx) ne peut être mis en usage, ou qu'étant possible, la somme de ses inconvéniens soit trop forte. Desault l'a employé pendant un temps sur plusieurs malades. Quelques succès d'abord obtenus, le portèrent même à croire que peut-être étoit-il indiqué dans le cas où le rétablissement du conduit naturel étoit praticable; ce qui eût été sans doute un avantage bien réel, puisque son exécution est toujours plus aisée que celle du procédé ordinaire, où l'incision du sac, la désobstruction du canal, le passage

du fil ſur-tout, ne laiſſent pas que d'entraîner leurs difficultés. Mais l'expérience le ramena bientôt à ſon ancienne manière d'opérer, & dans ſes dernières années, le procédé de Hunter ne fut réſervé qu'aux cas très-rares où les circonſtances ci-deſſus déſignées (LIV) viennent à ſe rencontrer. Quoique mon objet, dans ce mémoire, ne ſoit que de faire connoître celui de Deſault, je rapporterai cependant une obſervation où celui-ci a été mis en uſage, ſoit parce qu'en France peu d'auteurs en ont encore parlé, ſoit parce que Manoury, alors premier élève de Deſault, y a ajouté une modification utile à ceux qui voudont le pratiquer.

OBS. III. (recueillie par Jadelot). Madeleine Bénard, âgée de 11 ans, entra à l'Hôtel-Dieu, le 25 juin 1792, pour y être opérée d'une fiſtule lacrymale, qu'elle portoit depuis cinq ans. A cette époque elle avoit eu une petite vérole bénigne, qui ſe manifeſta preſque excluſivement au viſage, & à la ſuite de laquelle il lui ſurvint, vers le grand angle de l'œil droit, une petite tumeur obronde & fluctuante à la place qu'avoit occupée un bouton. Cette tumeur s'ouvrit au bout de quinze jours, & donna naiſſance à une fiſtule entretenue par le paſſage habituel des larmes. Elles ſe raſſembloient pendant la nuit dans le ſac lacrymal qu'elles diſtendoient juſqu'au matin, où une compreſſion légère ſuffiſoit pour en procurer l'écoulement par l'ouverture fiſtuleuſe. Pendant le jour, un larmoiement incommode fatiguoit habituellement la malade.

Quelques boiſſons délayantes adminiſtrées pendant les premiers jours où la malade fut à l'Hoſpice, l'uſage du tartre ſtibié, pour entretenir la liberté du

ventre, furent les préparations à l'opération que Manoury pratiqua de la manière ſuivante :

1°. La malade étant aſſiſe ſur une chaiſe haute, la tête appuyée contre la poitrine d'un aide, dont les mains ſe croiſoient ſur ſon front, il fit d'abord au ſac une inciſion, commençant immédiatement ſous le tendon direct de l'orbiculaire, & ſe prolongeant dans l'étendue de quatre lignes, ſuivant la direction de la baſe de l'orbite.

2°. Le ſac étant ouvert, il diviſa, par une ſeconde inciſion longitudinale, la partie interne de la membrane du ſac, & mit à nu l'os unguis.

3°. Pour tenir écartés les bords de ces deux inciſions & faciliter l'introduction de l'emporte-pièce, il ſe ſervit d'une eſpèce de pince, dont les branches antérieures recourbées à angle droit à leur bout, étoient creuſées chacune en dedans d'une goutière, enſorte que, réunies, elles offroient un canal qu'on augmentoit à volonté en écarrant les branches. L'extrémité de cet inſtrument fut portée ſur la portion dénudée de l'os unguis, entre les bords de l'inciſion du ſac & de celle de la partie interne de ſa membrane : un aide l'aſſujettit ſolidement.

4°. En même temps une plaque de corne, introduite dans la foſſe nazale, fut appliquée contre ſa paroi externe, & fixée vis-à-vis l'os unguis, pour ſervir de point d'appui à l'emporte-pièce.

5°. Le chirurgien ſaiſiſſant ce dernier inſtrument, en porta l'extrémité tranchante dans le canal formé par les branches recourbées de la pince, qui garantiſſoient de ſon action, les parties molles qu'il auroit pu bleſſer, ou dont le rapprochement lui auroit au moins formé un obſtacle, perça l'os unguis par un

mouvement de rotation imprimé à l'emporte-pièce, enleva une portion de cet os d'une ligne environ de diamètre, fit retirer la pince & en même temps la plaque de corne, retira lui-même l'emporte-pièce.

6°. Une petite canule fut introduite dans l'ouverture, enfin de l'entretenir & de donner en même temps paſſage aux larmes.

7°. Le panſement conſiſta en un peu de charpie placée entre les bords de l'ouverture & maintenue par deux petites compreſſes qu'on aſſujettit par une ſimple bande.

Le larmoiement, déjà moins conſidérable, le lendemain de l'opération, diminua manifeſtement les jours ſuivans. La cicatriſation de la plaie fut complète au vingt-cinquième jour. A cette époque, il n'exiſtoit plus qu'un ſuintement de larmes peu ſenſible: le trente-troiſième, une collection purulente, formée dans le ſac, le diſtendit de manière à préſenter une tumeur nouvelle. Une compreſſion légère parvint à empêcher le ſéjour de la matière, qui reflua par l'ouverture artificielle; continuée juſqu'au quarantième jour, cette compreſſion fit entièrement diſparoître le gonflement du ſac: au cinquantième, le ſuintement étoit preſque ceſſé; la malade ſortit très-bien guérie, deux mois après l'opération.

MÉMOIRE

SUR l'extirpation de l'œil, devenu carcinomateux.

§. Ier.

I. LE CARCINOME de l'œil attaque tous les ſexes, ſe manifeſte à tous les âges; cependant il ſemble, plus que les autres tumeurs de cette nature, s'attacher à l'enfance. L'obſervation l'a démontré à l'Hôtel - Dieu, où plus du tiers des malades qu'y a opérés Deſault, étoient au-deſſous de 12 ans. Il ſuccède tantôt à une ophtalmie rébelle, tantôt à un coup reçu ſur l'œil, quelquefois aux plaies, aux ſtaphylômes de cet organe, ſouvent à des excroiſſances fongueuſes qui s'élèvent ſur ſa ſurface ou dans ſes cavités; on a vu l'uſage imprudent de certains topiques irritans, lui donner naiſſance; il eſt l'effet aſſez fréquent d'un vice interne.

II. Quelle que ſoit ſa cauſe, telle eſt la ſérie des ſymptômes qui communément annoncent ſon invaſion, & accompagnent ſes progrès. Des maux de tête, une chaleur plus grande que de coutume dans cette partie, en ſont l'avant-couteur; une démangeaiſon incommode fatigue l'œil & ſes environs; ſouvent il eſt larmoyant, ſenſible d'abord à l'impreſſion de la lumière, bientôt il ne la ſupporte qu'avec douleur, lorſque déjà une maladie antécédente ne l'en a pas privé, comme cela arrive

quand le carcinome eſt la ſuite d'une taie, &c. A la démangeaiſon ſuccède, au bout d'un certain temps, un ſentiment de fourmillement, que remplace une douleur peu vive d'abord, mais enſuite pongitive & lancinante. L'œil ſe tuméfie, prend, non cette couleur rougeâtre de l'ophtalmie, mais une teinte terne & peu à peu livide, jaunâtre, noirâtre; la vue s'obſcurcit & s'éteint; les douleurs deviennent plus aiguës; le volume de l'organe augmente, non comme dans l'hydrophtalmie, ſuivant ſes dimenſions naturelles, mais par un accroiſſement inégalement réparti ſur ſa ſurface, qui devient âpre, raboteuſe; avec le volume s'accroît la dureté; la cornée tranſparente devenue blanchâtre, puis rougeâtre & livide, s'excorie, s'ulcère, s'ouvre, & à travers ſortent des fongoſités, d'où s'écoule une ſanie purulente & fétide.

III. Cependant les progrès du mal continuent; bientôt entre l'œil & la cavité qui le loge, exiſte une manifeſte diſproportion; comme dans l'hydrophtalmie il ſe porte en dehors, dépaſſe le niveau de l'orbite, & vient faire ſur la face une hideuſe ſaillie. La portion de conjonctive repliée ſur la partie poſtérieure de chaque paupière, qu'elle tapiſſe dans l'état naturel, s'en détache, tiraillée par l'œil, s'applique ſur la partie antérieure de celui-ci, y forme une bande rougeâtre qui le recouvre.

IV. La ſuppuration prend un caractère plus funeſte; les fongoſités augmentent, deviennent livides, noirâtres; des hémorragies ſurviennent plus ou moins fréquentes, plus ou moins abondantes; les douleurs plus continues tourmentent ſans ceſſe le malade; & ſi l'art ne vient alors à ſon ſecours, les

paupières ſe tuméfient, s'enflamment, deviennent ſquirreuſes. L'inférieure ſur laquelle découle la ſanie s'excorie; des fongoſités y naiſſent; le mal ſe propage à la joue, au nez, & alors s'offre peut-être le plus affreux de tous les tableaux que deſſinent ſi ſouvent ſur nous les maladies externes. La portion plane de l'ethmoïde ſe carie, ainſi que l'os unguis; la membrane pituitaire s'affecte; les douleurs augmentent, deviennent générales; la diarèſe cancéreuſe ſe manifeſte, & ici l'hiſtoire de la maladie rentre dans celle de tous les cancers en général.

v. les progrès du mal ne ſuivent pas toujours exactement l'ordre dans lequel ils viennent d'être tracés; ils varient ſuivant qu'un coup extérieur, une maladie de l'œil, une diſpoſition interne lui ont donné naiſſance: tracer ces différences, ce ne ſeroit preſque que redire celles ſi ſouvent répétées de tous les cancers; il ſuffit d'obſerver qu'ici, comme dans les cas analogues, le malade eſt toujours inévitablement entraîné à la mort par un chemin ſemé d'affreuſes douleurs, ſi l'art ne vient pas à détruire le mal dans ſa racine. Mais ſtérile en moyens de guériſon, il n'a pour arriver à ce but, que la reſſource d'emporter la partie affectée, & cependant plus long-temps timide que dans les autres cancers, il n'oſa faire l'extirpation de l'œil cancéreux que pluſieurs ſiècles après celle des autres parties attaquées du même mal.

§. II.

vi. Les anciens ſe taiſent ſur cette opération, & c'eſt à la chirurgie allemande que l'art eſt redevable

des premières notions que nous avons eues ſur elle. Elle fut pratiquée d'abord dans le ſeizième ſiècle avec un inſtrument groſſièrement conſtruit, en forme de cuiller tranchante ſur ſes bords, & au moyen duquel, l'œil ſéparé des parties environnantes étoit extrait de l'orbite; mais trop large pour pénétrer juſqu'au fond rétréci de cette cavité, la cuiller de Bartiſch (car c'eſt lui qui le premier la propoſa), ou laiſſoit une partie du mal, ou fracturoit les os minces & fragiles, lorſqu'on vouloit trop l'enfoncer. L'expérience apprit ces inconvéniens à Fabrice de Hilden, qui, pour les éviter, imagina une eſpèce de biſtouri boutonné à ſon extrémité, inſtrument plus parfait ſans doute que celui qu'il étoit deſtiné à remplacer, mais incommode dans l'opération, & qui languit près d'un ſiècle dans l'oubli des praticiens; tantôt ils employèrent celui de Bartiſch, tantôt ils eurent recours à des moyens cruels & peu méthodiques, tels que des eſpèces de tenailles, des crochets, &c. Muys, Bartholin, Job-à-Meckren nous fourniſſent des exemples d'opérations ainſi pratiquées. Plus judicieux que ſes prédéceſſeurs, Bidloo ſe ſervit des ciſeaux & d'un biſtouri anguleux; ſon procédé, quoique peu méthodique, fut couronné par pluſieurs ſuccès, préjugé favorable en ſa faveur, comme le remarque Louis. Une lancette paroît ſuffire à Lavauguyon, pour extirper l'œil; il eſt le premier des chirurgiens françois qui ait parlé de cette opération; preſque tous l'ont regardée comme inutile, cruelle, dangereuſe, juſqu'à Saint-Ives qui, ſans décrire ſon procédé, dit l'avoir heureuſement pratiquée. On trouve gravées, dans les inſtitutions de chirurgie, deux tumeurs de l'eſpèce de celle qui nous occupe, & que l'auteur

célèbre de cet ouvrage, emporta avec le ſeul biſtouri ſuffiſant ſelon lui, & préférable aux moyens de Bartiſch, d'Hildanus, de Muys. Pluſieurs chirurgiens anglois ſe ſont ſervis d'une epèce de biſtouri courbe, fixé ſur ſon manche, dont la figure ſe trouve parmi celles de l'ouvrage de Bell, mais qui, dans la diſſection de la tumeur, préſente des inconvéniens que l'on ne trouve point dans la forme droite de cet inſtrument.

VII. Juſqu'ici les procédés ſeulement indiqués par les auteurs, n'avoient point été ſoumis à des règles fixes & invariables. Louis eſſaya de tracer ces règles, & ſon procédé décrit par lui-même, retracé dans les opérations de Sabatier qui l'adopte, eſt depuis long-temps le plus généralement en uſage en France: il conſiſte à inciſer les attaches de l'œil avec les paupières, à couper enſuite d'abord celles du petit, puis celles du grand oblique, & enfin celles du releveur de la paupière ſupérieure, en variant, ſuivant leur inſertion, la manière de tenir le biſtouri, à ſépater enſuite le globe, & à couper avec des ciſeaux recourbés ſur leur plat, les muſcles qui le meuvent & le nerf optique.

VIII. Cette manière d'opéter, baſée ſur les principes anatomiques, paroît, au premier coup-d'œil, offrir une méthode où, comme dit Louis, chaque coup des inſtrumens eſt ditigé par la connoiſſance des parties. Mais obſervons que ces parties, dénaturées par la maladie, ceſſent alors le plus communément, d'offrir la ſtructure & les rapports qu'elles préſentent dans l'état naturel, que la ſituation des muſcles applatis, déchirés, détruits ou confondus avec l'œil, ne peut ſervir, comme dans la taille, par exemple, de baſe aux préceptes de l'opération, qu'on fera bien

méthodiquement, & ſuivant les principes généraux, mais pour laquelle on ne peur tracer de merhode préciſe. D'ailleurs pourquoi combiner ici l'uſage du biſtouri & des ciſeaux? Ajouter un inſtrumenr à un procédé opéraroire, c'eſt, lorſqu'il eſt inutile, en retrancher une perfection. Or, il eſt aiſé de voir qu'en effet les ciſeaux ſont ſuperflus, quoique Louis ne penſe pas qu'il puiſſe y avoir de méthode, là où on ſe ſert ſeulement du biſtouri. L'inclinaiſon de l'orbite du côté externe, permet toujours de porter ce dernier inſtrument juſqu'au fond de cette cavité, & d'y couper de haut en bas le nerf optique & les attaches muſculaires, tirés en devant pour les mettre dans un état de tenſion.

§. III.

IX. Fondé ſur les principes expoſés ci-deſſus (VII & VIII), Deſault, après avoir pratiqué & enſeigné la méthode de Louis, revint au conſeil d'Heiſter, qui ne veut qu'un biſtouri. Il faut, pour ſe former une idée exacte du procédé, toujours ſimple & facile avec ce ſeul inſtrument, ſuppoſer le carcinome dans trois états différens, 1°. lorſque la tumeur concentrée dans l'orbite, ne dépaſſe qu'à peine la limite des paupières reſtées libres; 2°. lorſque, beaucoup plus volumineuſe, elle fait en devanr une ſaillie conſidérable, enrraîne dans ce ſens les paupières ſaines qui s'appliquent ſur elle, ainſi que la portion de conjonctive qui les tapiſſe poſtérieurement & qui en a été décollee; 3°. lorſque dans un période beaucoup plus avancé, les paupières participent à l'état cancéreux. Dans le premier cas, il faut les ſéparer de l'œil, en inciſant la conjonctive, là où elle ſe replie pour ſe réfléchir ſur lui;

dans le ſecond, diſſéquer ſur le globe malade, les paupières & la conjonctive qui y ſont appliquées; dans le troiſième amputer avec lui ces voiles mobiles.

On trouvera dans les trois obſervations ſuivantes, les details opératoires, adoptés pour chacun de ces trois cas.

OBS. I. M. D***., âgé de 45 ans, vint à Paris pour y conſulter Deſault, ſur une tumeur carcinomateuſe qu'il portoit depuis un an à l'œil gauche, & qui avoit ſuccédé à une taie ſurvenue elle-même à la ſuite d'un coup. Les douleurs, d'abord peu vives, étoient depuis quelques mois, portées au point de ne laiſſer preſque aucun repos au malade. Dur, inégal, parſemé de veines variqueuſes, l'œil n'avoit pas acquis un volume très-conſidérable. Les paupières reſtées ſaines, le recouvroient comme dans l'état ordinaire. Un phénomène, peu commun dans cette affection, s'obſervoit ici, c'eſt l'œdématie conſtante, depuis le développement du cancer, des paupières du côté oppoſé, œdématie que nulle autre cauſe ne paroiſſoit avoir déterminée. L'extirpation étoit la ſeule reſſource: Deſault la propoſa. Quelques moyens généraux, adminiſtrés pendant une huitaine de jours, préparèrent le malade, qui fut opéré de la manière ſuivante, le 7 janvier 1794.

Il fut ſitué ſur une chaiſe, la tête à la hauteur de la poitrine du chirurgien, & appuyée ſur celle d'un aide, dont les mains croiſées ſur le front, ſervoient en même temps à relever la paupière ſupérieure. L'œil ſain étoit recouvert d'un linge pour ne pas effrayer par l'appareil des inſtrumens. Le chirurgien, abaiſſant alors la paupière inferieure avec la main gauche, prit de la droite un biſtouri ordinaire, avec lequel il

incisa préliminairement vers le petit angle, la réunion des deux paupières, dans l'espace d'un demi-pouce: enfoncé ensuite entre le globe de l'œil & l'inférieure, près la commissure interne, l'instrument fut conduit circulairement, le tranchant tourné en dehors, à la commissure externe, & coupa la conjonctive à l'endroit de son repli, ainsi que toutes les parties qui fixoient en bas l'organe à extirper; puis reportant en haut la pointe de l'instrument, où il avoit commencé la première incision, le chirurgien le conduisit de nouveau au petit angle, entre la paupière supérieure & l'œil, en incisant toutes les attaches supérieures. L'insertion du grand oblique restoit encore en dedans; elle fut divisée. Dégagé antérieurement, l'œil fut saisi avec le pouce, l'indicateur & le doigt du milieu de la main gauche, afin de tendre le nerf optique, plus facile par-là à être coupé. Entre l'organe malade & la paroi externe de l'orbite fut glissé le bistouri, dont le tranchant tourné en bas, & porté sur le nerf à sa sortie du trou optique, l'incisa avec l'artère du même nom, & les attaches des muscles, & isola ainsi complètement le globe de l'œil, que la main qui l'assujettissoit entraîna en dehors.

L'indicateur porté dans l'orbite, parcourut ses quatre faces, pour rechercher s'il n'étoit point resté de tissu cellulaire engorgé. De petits pelotons rencontrés en haut & en dehors, furent enlevés avec l'instrument tranchant; on extirpa également la glande lacrymale, qui ne parut pas participer à l'engorgement des parties environnantes.

L'hémorragie étoit considérable; pour l'arrêter, on remplit la cavité orbitaire de bourdonets de charpie, saupoudrés de colophone; sur eux s'appliquèrent les

les paupières, qui elles-mêmes furent recouvertes d'autres bourdonets entassés de manière à être au même niveau que les sourcils, le nez & l'éminence malaire. Une compresse carrée surmonta le tout, fut assujettie par une autre longuette que retint en place un bandage oblique, dont les circulaires passoient sur les bosses frontales du côté opposé à la partie postérieure de la tête, sous l'oreille du côté malade, & venoient, en finissant, recouvrir l'œil sain. Le sang complétement arrêté, cessa de couler, & le malade fut recouché.

Le soir, une saignée de pied fut prescrite; diete exacte observée pendant quelques jours; usage des tisannes délayantes : le quatrième jour on enleva la charpie placée extérieurement sur les paupières & on lui en substitua d'autre imbibée d'eau de guimauve : le cinquième jour, la suppuration commençant à détacher celle placée dans l'orbite, elle fut en partie enlevée, d'abord vis-à-vis la paupière supérieure qu'on avoit soin de relever, ensuite vis-à-vis l'inférieure : le sixième jour, toute la charpie du premier appareil fut ôtée. Dès-lors on pansa régulièrement, chaque jour. La plaie résultant de l'incision de la commissure externe des paupières fût réunie avec des emplâtres agglutinatifs.

Le quinzième jour, des fongosités nées de toute l'étendue des parois de l'orbite, la remplissoient en partie; mais on les vit peu à peu s'affaisser, se recouvrir du prolongement de la conjonctive qui tapisse postérieurement les deux paupières, & qui, prolongée jusqu'au trou optique, servit à la cicatrisation; tiraillées par elle, les paupières s'enfoncèrent & laissèrent un vide que l'art corrigea avec un œil artificiel.

x. Il eſt, dans ce procédé opératoire, quelques circonſtances qui méritent une attention particulière & ſur leſquelles ont gliſſé les auteurs. La précaution d'inciſer préliminairement la commiſſure externe, eſt toujours eſſentielle, ſoit parce que plus de facilité en réſulte pour la ſection du nerf, l'introduction des inſtrumens dans l'orbite étant plus libre alors, ſoit parce que nul obſtacle ne s'oppoſe, après cette ſection, à la ſortie de l'organe hors de ſa cavité : au contraire, pour peu qu'il ſoit volumineux, les paupières non inciſées l'arrêtent, & on riſque, en forçant le paſſage, ou de les irriter, ou même de les déchirer. Plus de difformité n'eſt pas à craindre alors, parce que dès que la ſuppuration eſt établie, on réunit les bords de l'inciſion & rien ne paroît.

xi. Les inſtrumens deſtinés à fixer pendant l'opération, le globe de l'œil, la bourſe de Fabrice de Hilden, la pince à double érigne de quelques-uns recommandée par Sabatier, l'érigne ſimple, ſont en général inutiles. Seuls, les doigts du chirurgien ſuffiſent, lorſqu'ils ont l'avantage d'être armés d'ongles ſuffiſamment longs; avantage minutieux en apparence, mais réellement précieux dans une foule d'opérations qu'il rend plus ſimples en en retranchant des ſecours artificiels.

xii. N'oubliez jamais, quels que ſoit la forme & le volume de la tumeur, d'extirper, après l'avoir enlevée, la glande lacrymale ; car ou elle participe à l'engorgement, & alors elle deviendra le germe d'un nouveau carcinome, ou elle eſt reſtée ſaine, & dans ce cas, les larmes qui s'y ſéparent, coulent ſur la plaie, retardent la cicatriſation : lors même qu'elle eſt achevée, une fiſtule reſte, & le malade porte

toujours la fatigante incommodité d'un larmoiement habituel.

XIII. Je ne reviendrai pas ici sur l'inutilité des ciseaux recourbés sur leur plat, l'expérience vient de prouver la facilité d'y substituer le bistouri pour la section du nerf, pourvu qu'on ait la précaution de tendre, comme je l'ai dit, les parties à inciser, & de ne pas porter avec trop de force l'instrument dont la pointe pourroit se rompre contre la paroi interne, ou plutôt pénétrer la substance fragile de l'os ethmoïde.

XIV. Si la tumeur, très-développée, est parvenue au second état indiqué (IX); quelques modifications se rencontrent dans le procédé opératoire; l'observation suivante, recueillie par Mouillet, nous en offre le détail.

OBS. II. Thérèse Gillotte, âgée de cinq ans, fut amenée à l'Hôtel-Dieu, avec un carcinome de l'œil droit, dont le volume quadruple de celui qui lui est naturel, faisoit sur la face une hideuse saillie. Entraînées en devant, les paupières la recouvroient postérieurement. Antérieurement, la portion de conjonctive, qui tapisse ces voiles mobiles, détachee de leur face interne, par les tiraillemens de la tumeur portée en avant, se trouvoit appliquée sur elle, de manière à former une bandelette rougeâtre, de la largeur d'un pouce, & qui paroissoit ne point participer à la maladie.

Les préparations ordinaires ayant été mises en usage, la petite malade fut amenée à l'amphithéâtre, où Desault l'opéra de la manière suivante : La commissure externe des paupières fut préliminairement incisée pour les raisons exposées (X), &

dans une étendue plus grande que dans le cas précédent à caufe du volume de la tumeur, puis le chirurgien incifa, du côté interne à l'externe, le bord antérieur de la bandelette rougeâtre à l'endroit où elle fe confondoit avec la portion de conjonctive qui doit naturellement recouvrir l'œil. Gliffée enfuite fous elle le biftouri l'ifola inférieurement ainfi que la paupière d'avec le globe malade; fupérieurement, une feconde incifion femi-lunaire, vint fe réunir aux deux extrémités de la première. La paupière & la portion correfpondante de conjonctive appliquées fur l'œil en furent également féparées. Porté plus profondément, le biftouri incifa tout le tiffu cellulaire de l'orbite; puis engagé entre la tumeur & la paroi externe de cette cavité, il coupa le nerf optique & l'attache des mufcles de l'œil. Le panfement confifta, comme dans le cas précédent, à remplir l'orbite de bourdonets de charpie faupoudrés de colophone, à appliquer fur eux les paupières, à entaffer fur elles de nouveaux bourdonets qu'affujettirent deux compreffes & un bandage circulaire.

Le cinquième jour, l'appareil fut en partie levé; la charpie extérieure changée. Toute fut renouvelée le fixième; les progrès rapides de la cicatrifation n'offrirent dans le traitement rien de particulier : la guérifon fut complète au quarante-neuvième jour : la portion de conjonctive ménagée, ayant fervi à recouvrir les bourgeons charnus, la difformité fut beaucoup moindre : on remplaça, par un œil de verre, celui qui avoit été enlevé.

XV. L'opération préfente ici des difficultés qui ne font point à vaincre dans le cas précédent où on incife la conjonctive à l'endroit où elle fe replie des

paupières ſur l'œil. Ici ce repli n'exiſte plus ; la portion de la membrane qui le formoit, tiraillée ainſi que celle qui tapiſſoit poſtérieurement les paupières, par les accroiſſemens de la tumeur, a été amenée à ſa partie antérieure qu'elle recouvre, & où elle forme cette bandelette rougeâtre qu'on y obſerve (111). Or, ſi cette portion de conjonctive ne participe point à la maladie, ſi elle offre ſa couleur naturelle : ménagez-là toujours, en commençant l'inciſion à ſon bord antérieur, en gliſſant enſuite ſous elle le biſtouri, pour la diſſéquer comme dans l'obſervation précédente. Par-là vous aurez une étendue de parties plus grande pour la cicatrice ; cette portion ménagée s'enfoncera dans l'orbite pour la former, & les paupières n'étant obligées que de ſe prêter très-peu pour y concourir, la difformité ſera moindre.

XVI. Mais pour peu que la maladie ſe ſoit propagée à cette portion de membrane ; que ſa couleur d'un rouge très-foncé devienne ſuſpecte, retranchez-là, en commençant l'inciſion au niveau du bord libre des paupières, qui alors ſe trouve adhérent à la tumeur, mais qui eſt indiqué par le lieu où ceſſe la couleur blanche des tégumens des paupières & où commence le rouge de la conjonctive. Que l'ongle placé ſur le bord le protège, pendant la double inciſion ſemi-lunaire du contact de l'inſtrument.

XVII. Si les paupières participent comme la portion de conjonctive qui les tapiſſe à l'engorgement, elles doivent être enlevées, & c'eſt ici le troiſième cas (IX) de l'extirpation du globe de l'œil. Voyez dans l'obſervation ſuivante, les particularités du procédé opératoire, dans cette circonſtance.

OBS. III. Un homme fut amené à l'Hôtel-Dieu,

en 1792, pour y être opéré d'un cancer au globe de l'œil, qui s'étoit propagé déjà aux paupières. La supérieure adhérente à l'organe, offroit des squirrosités sensibles dans toute son étendue; l'inférieure, ulcérée par le contact du pus ichoreux qui tomboit sur elle, étoit surmontée de plus par des fongosités nées de sa face interne. Le mal paroissoit ne point s'étendre aux os de l'orbite; nul signe de diathèse cancéreuse ne se manifestant, Desault se détermina sur-le-champ à l'opération, qui, plus retardée, n'auroit sans doute ajouté que des douleurs inutiles à celles qu'éprouvoir le malade : le sur-lendemain de son entrée, il fut donc conduit à l'amphithéâtre où Desault l'opéra de la manière suivante:

La position fut la même pour le malade & le chirurgien, que dans les cas précédens; un aide placé derrière, tiroit en haut la peau de la paupière supérieure, tandis qu'un autre abaissoit, vers la joue, celle de l'inférieure. Le chirurgien élevant d'un autre côté cette paupière, pour en faire tendre les tégumens, plongea son bistouri, tenu comme pour couper contre soi, entre le grand angle & la commissure des paupières, l'enfonça très-avant dans l'orbire, & le ramenant en dehors, coupa la peau, le muscle orbiculaire, le ligament large inférieur, le muscle petit oblique & le tissu cellulaire qui unit l'œil à l'orbite, ensuite abaissant avec un doigt la paupière supérieure, que l'aide tiroit en haut, il reporta le bistouri dans l'extrémité interne de la première incision, le tranchant tourné en dehors, enfonça cet instrument dans l'orbite & le conduisant circulairement vers le petit angle, il vint gagner l'extrémité externe de cette première incision en intéressant la peau, le muscle

orbiculaire, ſon tendon, le ligament large ſupérieur, le muſcle grand oblique & le tiſſu cellulaire.

Iſolé en avant, le globe de l'œil ne tenoit plus qu'en arrière au nerf optique & à l'inſertion des muſcles. Le biſtouri porté le long de la paroi externe de l'orbite, les coupa, comme dans les cas précédens, & l'œil aſſujetti ſeulement avec les doigts pendant l'opération, fut extrait ſans peine de ſa cavité. On enleva le tiſſu cellulaire engorgé, & le panſement fut le même que celui indiqué (OBS. I.), à cette différence près, que les paupières manquant, la charpie forma une ſeule pyramide, dont le ſommet étoit au fond de l'orbite, & la baſe au niveau du ſourcil, du nez & de l'éminence malaire.

Même traitement, même mode de panſement que dans les obſervations précédentes. La cicatriſation fut beaucoup plus longue, parce qu'ici elle ne pouvoit ſe faire qu'aux dépens de la peau des joues, du nez, du front, laquelle tiraillée peu à peu, s'enfonça dans l'orbite, & vint ſe réunir au fond pour la former. Le malade ſortit le cinquième mois, bien guéri, mais avec une difformité conſidérable, difformité à laquelle il eſt difficile de rémédier dans ce cas par un œil artificiel, à cauſe de l'étendue du délabrement.

Des renſeignemens ultérieurs ont appris qu'au bout d'un an le cancer s'étoit de nouveau manifeſté, & que le malade en avoit été la victime.

REMARQUES

ET

OBSERVATIONS

Sur les maladies du finus maxillaire.

§. Ier.

1. La membrane qui tapiffe le finus maxillaire, devient fouvent, comme celle de foffes nazales, le fiége de diverfes affections que la médecine externe peut feule efficacement combattre. L'ozène & le fongus doivent, parmi ces affections, fixer fur-tout les regards du praticien, foit parce qu'elles font plus fréquentes, foit parce que, plus graves par leur nature, ils exigent des fecours plus actifs & plus difficiles. Les traiter ici dans toute leur étendue, ce feroit répéter en partie ce qu'on trouve par-tout, fur-tout dans les mémoires de l'académie de chirurgie. Traçons feulement, dans les réflexions & obfervations fuivantes, les détails opératoires dont Default a enrichi leur traitement.

§. II. *Des ozènes.*

OBS. I, (recueillie par Barratte). Jofeph Henri, âgé de 32 ans, entra à l'Hôtel-Dieu le 3 octobre 1792, portant à la joue gauche une tumeur qui

s'étendoit depuis la pommette, jusqu'au bas de la fosse caninè. Dure, sans changement de couleur à la peau, accompagnée d'une douleur que la pression n'augmentoit pas, cette tumeur offroit, au-dessus de la deuxième dent molaire, une petite ouverture fistuleuse, d'où s'écouloit habituellement une quantité considérable de pus; depuis six jours l'écoulement avoit cessé, & dès-lors les douleurs étoient devenues très-aiguës.

A ces signes, le siége du mal étoit facile à présumer; l'histoire de la maladie en donna la certitude. Un an auparavant, tout le côté gauche de la face avoit été violemment contus dans une chute. Quelques moyens généraux, l'usage extérieur de quelques émolliens dissipèrent les premiers accidens, & le malade se crut guéri; mais au bout de deux mois, des douleurs, d'abord obtuses, bientôt plus aiguës, commencèrent à se manifester profondément sous l'éminence malaire. On vit s'élever quelque temps après une tumeur en cet endroit; ses progrès lents, mais continus, l'amenèrent bientôt à un volume considérable; avec elle croissoient les douleurs, que l'ouverture spontanée de la tumeur calma un jour subitement. Le malade eut tout à coup la bouche remplie d'un pus fétide; l'ouverture fistuleuse parut à l'endroit indiqué, & dès-lors le suintement purulent devint habituel. Quelquefois il se supprimoit, & alors les douleurs devenoient aiguës jusqu'à ce qu'il reparût. Tel étoit l'état du malade, lorsqu'il se présenta à Desault.

L'indication étoit évidente: agrandir l'ouverture fistuleuse, frayer au pus une large issue, déterger ensuite par des injections le sinus malade; quelques

moyens généraux préparèrent Henry à l'opération, & le troisième jour de son arrivée on le conduisit à l'amphitéâtre de clinique.

1°. Assis sur une chaise haute, il fut retenu par un aide, sur la poitrine duquel sa tête renversée, étoit assujettie par les mains croisées sur le front.

2°. La bouche ayant été grandement ouverte, Desault agrandit avec un perforatif aigu l'ouverture fistuleuse, située, comme nous l'avons vu, au-dessus de la seconde dent molaire, fit l'extraction de cette dent, qui depuis long-temps cariée n'offroit plus qu'un chicot.

3°. Dans l'ouverture agrandie, fut porté un second perforatif à pointe tronquée, pour ne point blesser la paroi opposée du sinus, & au moyen duquel on détruisit, par des mouvemens de rotation la portion de mâchoire comprise entre l'alvéole & l'ouverture.

4°. De-là résultoit une large ouverture, susceptible de recevoir le petit doigt, qui donna issue à une grande quantité de matières purulentes, & par laquelle un fluide poussé dans le sinus, servit à le nétoyer complétement.

5°. On prescrivit au malade de se rincer souvent la bouche avec l'eau d'orge & le miel rosat, & de porter par intervalle le doigt dans l'ouverture, pour prévenir une trop prompte cicatrisation.

Le succès de ce traitement fut bientôt manifeste; on vit au bout de peu de jours la tumeur commencer à diminuer; le pus d'abord sanieux, acquérir peu à peu un caractère plus louable; l'ouverture pratiquée avec le perforatif se rétrécir sensiblement.

Un mois après l'opération, l'écoulement avoit

entièrement ceſſé, ſans qu'aucun accident en fût, comme autrefois, le réſultat. La tumeur étoit diſparue; l'ouverture permettoit à peine l'introduction du plus grêle ſtylet. Le malade ſortit en cet état, & des renſeignemens ultérieurs ont appris ſa parfaite guériſon.

II. On peut rapporter à deux méthodes générales le traitement des ozènes du ſinus maxillaire; 1°. les injections par ſon ouverture naturelle; 2°. la perforation de cette cavité dans un point quelconque de ſon étendue. La première méthode propoſée par Jourdain, ſouvent impoſſible, toujours très-difficile dans ſon exécution, conſtamment inſuffiſante dans ſes réſultats, eſt morte preſqu'en naiſſant dans l'opinion des gens éclairés; la ſeconde ſeule peut efficacement remplir les indications; mais le degré de ſes avantages eſt relatif au mode opératoire qu'on adopte, mode qui varie ſuivant l'endroit où on ouvre le ſinus.

III. Il eſt, comme l'a judicieuſement remarqué Lamoirier, un lieu de néceſſité & un lieu d'élection pour l'ouverture de cette cavité. Le premier eſt indiqué par l'affection ou l'abſence d'une ou de pluſieurs molaires; l'intégrité de la rangée dentaire permet le ſecond.

IV. En général, pour peu qu'une des molaires paroiſſe ſe carier, qu'elle vacille dans ſon alvéole, qu'entre elle & la gencive ſe ſoit établi un ſuintement purulent, faites-en l'extraction, comme le premier, Meibomius l'a conſeillé. Mais l'ouverture qui réſulte de cette extraction, eſt conſtamment inſuffiſante. Qu'il y ait ou non communication dans le ſinus, toujours il faut intéreſſer l'os dans une plus

grande étendue, & l'obſervation précédente offre le procédé alors indiqué : revenons ſur quelques détails opératoires.

v. Les inſtrumens néceſſaires ici, ſe bornent, comme on l'a vu, à deux perforatifs, dont l'un (*Fig. I.*) aigu à ſon extrémité (*b*), ne diffère de celui du trépan ordinaire, qu'en ce qu'il eſt monté ſur un manche taillé à facettes, pour qu'il ait moins de facilité à gliſſer dans la main ; cette forme offre plus d'aiſance à le manier que ſi on employoit l'arbre du trépan. Le ſecond (*Fig. II.*), monté comme le précédent, eſt tronqué à ſon extrémité (*c*). L'uſage de l'un eſt de frayer à l'autre une route dans la cavité du ſinus, & il eſt eſſentiel d'agrandir l'ouverture avec celui-ci, qui, trop court, n'atteindra pas la paroi oppoſée, ou ne pourra la percer, s'il parvient à elle. La fragilité des parois ſupérieure ou orbitaire, interne ou nazale du ſinus, attache à ce précepte une grande importance.

vi. L'ouverture doit toujours avoir une étendue ſuffiſante au moins pour y placer le petit doigt ; un fragment de plus enlevé à la mâchoire, n'eſt rien pour la guériſon, & c'eſt beaucoup pour elle qu'une libre iſſue au pus, dont dont le ſéjour entretenoit la maladie.

vii. On trouve aux grandes ouvertures l'inconvénient de ſe fermer trop tard ; mais l'expérience prouve au contraire, que ce n'eſt qu'aux petites que ce reproche eſt applicable.

OBS. II. Dans le temps que Deſault dirigeoit la chirurgie de l'Hôtel-Dieu, un enfant lui fut apporté avec un ozène au ſinus maxillaire du côté droit, pour lequel deux dents lui avoient déjà été arrachées un an

auparavant. Un ftylet paffé par l'alvéole dans la cavité, avoit procuré l'iffue d'une affez grande quantité de matières purulentes ; mais l'ouverture reftée fiftuleufe depuis ce temps, fourniffoit un fuintement continuel, & nulle apparence de guérifon ne fe manifeftoit. Default jugeant qu'à l'étroiteffe du paffage étoit dûe fa non-oblitération, l'agrandit comme nous l'avons dit ci-deffus, & bientôt après il fut fermé & l'ozène guéri. Le même procédé a eu, fur un religieux génovéfin, le même réfultat.

VIII. Lorfque l'ouverture eft fuffifamment dilatée, c'eft une pratique fage & que Default recommandoit, d'excifer la portion des gencives correfpondante & qui a été détachée pour mettre l'os à nu, de peur que venant à s'engorger après l'opération, elle ne mette un obftacle à la fortie du pus.

IX. Les premiers jours, fouvent beaucoup de gonflement fe manifefte. On le calme par des fomentations émollientes ; bientôt il fe diffipe, & dès-lors des injections & des gargarifmes déterfifs, le foin d'introduire par intervalle le doigt dans l'ouverture, de peur qu'elle ne fe ferme trop promptement, compofent tout le traitement.

X. Quelques praticiens ont multiplié, au-delà de la carie des molaires, les lieux de néceffité de l'ouverture du finus. Par exemple, fi une fiftule fe forme fur la face, au-deffous de l'orbite, ils ont propofé de l'agrandir, & de porter par-là les injections propres à la déterfion ; mais la difformité, inévitable alors par la cicatrice, l'inconvénient de la fituation de l'ouverture vers la partie fupérieure de la cavité, la ftagnation du pus inférieurement, par fuite la difficulté de la guérifon, profcrivent cette méthode. Dans ce cas une

contre-ouverture pratiquée, soit à la rangée alvéolaire, si les circonstances indiquées (IV) se rencontrent, soit au lieu d'élection que nous désigneront, suffit toujours & pour guérir l'ozène & pour cicatriser la fistule, qui se fermera dès que le pus cessera de suinter entre ses bords, avantage qu'on obtiendra évidemment en perçant le sinus au-dessous d'elle. Passons à l'ouverture de cette cavité au lieu d'élection.

XI. En général, lorsque les dents sont saines, que les circonstances exposées (IV) ne se rencontrent pas, il faut choisir, pour ouvrir le sinus, un lieu autre que les alvéoles. La nécessité des molaires, pour la mastication, nous en fait une loi. Lamoirier a déterminé ce lieu au-dessous de l'éminence malaire, sur cette échancrure concave de haut en bas, convexe d'avant en arrière, qui sépare la fosse canine de la fosse zigomatique. Bordenave l'adopte également, lorsque l'ouverture de l'alvéole est contre-indiquée; c'est la méthode commune. Mais l'endroit où Desault perforoit les parois du sinus, mérite en général la préférence. C'est la partie inférieure de la fosse canine; 1°. là moins d'épaisseur se rencontre dans la substance osseuse; 2°. l'opération y est plus facile, parce qu'il faut porter les instrumens à une moindre profondeur, dans l'intérieur de la bouche; 3°. le crochet, rétracteur de la commissure des lèvres, employé par Lamoirier, devient inutile, & par-là le procédé est simplifié; 4°. après l'opération, le traitement est plus aisé, l'ouverture étant plus à découvert; l'état des parties peut mieux se distinguer. L'observation suivante, recueillie par Bad***, offre l'exemple du procédé opératoire, alors employé par Desault.

OBS. III. Joseph Maugra entra au grand

hoſpice d'humanité, en 1791, pour y être traité d'un ozène au ſinus maxillaire, ſurvenu un an auparavant, à la ſuite d'une inflammation violente, qui elle-même avoit eu pour cauſe le paſſage ſubit d'un air chaud, à un air très-froid. Accumulé dans la cavité oſſeuſe, le pus en avoit bientôt altéré les parois; une ouverture ſpontanément formée dans la partie ſupérieure de la foſſe canine, avoit tranſmis, dans le tiſſu cellulaire de la joue, une quantité aſſez grande de matières purulentes, qui étoit venue faire ſaillie au dehors. De-là une fiſtule ſur la face, par laquelle ſuintoit depuis ſept mois une ſanie fluide & jaunâtre; dès que le ſuintement ſe ſupprimoit, des douleurs aiguës en étoient l'effet. Les parois du ſinus commençoient déjà à ſe gonfler; la rangée dentaire ſupérieure intacte dans toute ſon étendue, n'offroit aucun jour pour pénétrer dans ſa cavité. Cependant l'indication étoit évidente; il falloit pratiquer au-deſſous de la fiſtule une ouverture qui empêchât le pus d'y paſſer, & qui lui fournît une libre iſſue. Le lieu indiqué (x) étoit favorable. Deſault opéra de la manière ſuivante, après avoir employé quelques moyens généraux pour préparations.

1°. Le malade étant ſitué ſur une chaiſe haute, la tête appuyée ſur la poitrine d'un aide, il commença par écarter la joue du côté malade des gencives correſpondantes, puis il coupa avec un biſtouri la membrane interne de la bouche, & les autres parties qui uniſſent à l'os maxillaire, la partie interne des joues.

2°. L'os étant découvert, il retira en arrière la commiſſure des lèvres avec les doigts de la main gauche, prit, de la main droite, un perforatif aigu, dont

la pointe, portée à la partie inférieure de la fosse canine, pénétra par des mouvemens de rotation jusque dans le sinus.

3°. L'ouverture fut agrandie avec un perforatif mousse, sur-tout en haut, où on la prolongea jusqu'à l'ouverture fistuleuse. En arrière étoit une portion affectée de carie; elle fut amputée.

4°. On réséqua les lambeaux de gencives correspondans à l'ouverture qui fut remplie par une boulette de charpie, soutenue elle-même par d'autres, placées entre la mâchoire & la joue.

Le lendemain, gonflement considérable manifesté sur toute la face; application d'un cataplasme émollient sur cette partie; vives douleurs de tout ce côté: le deuxième jour, diminution des accidens: le troisième jour, levée de l'appareil; disparution presqu'entière du gonflement: dès-lors simple précaution de se gargariser souvent la bouche avec une décoction émolliente, & d'introduire le doigt dans l'ouverture pour l'empêcher de se fermer trop tôt: le quinzième jour, cicatrisation de la fistule extérieure; diminution dans le gonflement du sinus: le vingtième, progrès très-sensibles de la guérison complétement achevée six semaines après l'opération.

§. IV. *Des fungus.*

OBS. IV. J. Gaillard, d'une bonne constitution, éprouva, en 1790, des douleurs aiguës dans le sinus maxillaire, à la suite de l'introduction, dans les fosses nazales, d'un morceau de bois, qui, d'après son rapport, parut en avoir heurté la paroi externe. Ces douleurs subsistèrent, pendant un certain temps, au

même

même degré, se dissipèrent ensuite, revinrent alternativement & disparurent, sans aucun signe extérieur, pendant six mois : à cette époque le malade fit une chute dans laquelle l'os de la pommette heurta violemment contre une poutre ; dès-lors les douleurs s'accrurent, devinrent habituelles, & quinze jours environ après l'accident, on vit cet os s'élever sensiblement, l'os maxillaire acquérir plus de volume, sur-tout en dehors, les larmes cesser au bout de quelque temps de couler dans les fosses nazales, & de se répandre sur la joue.

Cinq mois après, la tumeur toujours croissante, commençoit à soulever la paroi inférieure de l'orbite, & l'œil plus saillant qu'à l'ordinaire, se jetoit déjà en avant ; les douleurs moindres cependant, ne devenoient aiguës qu'à certaines époques. Deux des molaires étoient tombées ; la paroi externe du sinus, usée en dehors, s'étoit ouverte, & laissoit passer une petite portion de fongus, facile à voir & sur-tout à sentir avec le doigt. Tel étoit l'état de ce malade, lorsqu'il entra à l'Hôtel-Dieu pour y venir chercher des secours plus éclairés, que ceux qu'il avoit reçus de plusieurs chirurgiens, qui s'étoient bornés à des moyens généraux.

Ouvrir le sinus, détruire ensuite la tumeur qu'il renfermoit, soit par l'excision, soit par le caustique ; c'étoit ici la seule ressource de l'art. Desault s'y détermina sur-le-champ, & le septième jour de son entrée, Gaillard conduit à l'amphithéâtre, y fut opéré de la manière suivante :

1°. Ce malade étant situé comme il est dit ci-dessus, la joue fut préliminairement détachée de l'os maxillaire, par l'incision de la membrane interne de la

bouche, à l'endroit où elle se réfléchit sur cet os qu'on dénuda exactement dans sa face externe, de toutes les parties molles.

2°. Le perforatif aigu, porté sur le milieu de cette face, servit à y pratiquer une ouverture au-devant de celle déjà existante.

3°. La lame osseuse, comprise entre les deux, fut emportée au moyen d'un instrument tranchant recourbé en forme de serpette (*Fig. 111*), qui dirigé d'arrière en avant, fit la section sans difficulté.

4°. L'ouverture qui en fut l'effet n'étant pas suffisante, Desault essaya de l'agrandir inférieurement au dépens de la rangée alvéolaire, & avec le même instrument; mais trop de résistance s'étant rencontrée, il eut recours à la gouge & au maillet. Une portion considérable de l'arcade fut séparée par leur moyen, sans la précaution préliminaire d'arracher les dents correspondantes, que le même coup enleva au nombre de trois.

5°. De-là résulta à la paroi externe & inférieure du sinus maxillaire, un trou suffisant pour recevoir une grosse noix.

6°. A travers ce trou, une portion considérable de la tumeur fut emportée avec un bistouri recourbé sur son plat & fixe sur son manche. Une hémorragie foudroyante empêcha alors des recherches ultérieures. Les spectateurs furent effrayés de la quantité de sang que le malade rendoit à pleine bouche. Mais éclairé par l'expérience qui lui avoit appris combien cet accident est facile à arrêter dans ces sortes de tumeurs, Desault se contenta de porter dans le sinus un bourdonet de charpie qu'il y soutint un instant.

7°. Ce bourdonet ayant été retiré, on porta sur

la portion reſtée du fongus, un cautère actuel échauffé jusqu'à blanc, dont on réitéra pluſieurs fois l'application.

8°. Pour le panſement, des boulettes de charpie, ſaupoudrées de colophone, remplirent la cavité du ſinus, & pour les ſoutenir, la mâchoire inférieure fut rapprochée de la ſupérieure; une fronde ſervit à prévenir ſon abaiſſement.

Le ſoir un peu de fièvre ſurvint; elle augmenta pendant la nuit; un gonflement conſidérable ſe manifeſta ſur la joue, néceſſita l'application d'un cataplaſme émollient, qui dès-lors fut renouvelé deux fois par jour: le troiſième, une partie de bourdonets fut ôtée, & remplacée par de la charpie molette, qui fut elle-même rechangée le lendemain, ſans que cependant on touchât encore à celle du fond, de peur de renouveler l'hémorragie: le huitième, elle ſe détacha ſpontanément par la ſuppuration, ainſi que les eſcarres, effets de l'application du cautère; de fréquens gargariſmes furent preſcrits au malade.

Le dix-huitième jour la tumeur étoit ſenſiblement diminuée, l'œil moins ſaillant, l'épiphora moins ſenſible; mais une portion de fongus ſe manifeſta de nouveau à cette époque; le fer rouge porté à deux repriſes ſur elle, la détruiſit preſque entièrement; elle reparut encore vers le vingt-cinquième, & néceſſita une troiſième & dernière application. Dès-lors les progrès de la guériſon marchèrent rapidement; au lieu de fongoſités, on vit s'élever des bourgeons charnus de bonne nature, du fond du ſinus dont les parois peu à peu rapprochées effacèrent cette grande ouverture pratiquée dans l'opération, & la réduiſirent à un petit trou à peine capable d'admettre

un ſtylet, & qui lui-même fut oblitéré au quatrième mois, époque à laquelle il ne reſtoit d'autres traces de la maladie, que l'abſence des dents emportées, & un enfoncement aſſez ſenſible, correſpondant à leur place naturelle.

XII. La raiſon & l'expérience ont établi, dans l'article précédent, la néceſſité des larges ouvertures, pour donner iſſue au pus renfermé dans le ſinus maxillaire. Ce précepte n'eſt pas ici d'une moindre importance : en effet, ſi vous négligez de le mettre en pratique, comment vous aſſurer du volume, de la forme, de l'étendue de la tumeur ? Comment pouvoir l'emporter en totalité, à travers une ouverture qui ne vous en laiſſera voir qu'une petite portion? Serez-vous jamais sûr que le mal eſt détruit juſques dans ſa racine ? A peine peut-on en avoir la certitude quand le ſinus eſt largement à découvert ; comment vous la procurerez-vous donc, s'il ne l'eſt que dans un point ? Cependant c'eſt un article eſſentiel du traitement. Une portion reſtée devient bientôt le germe d'une tumeur nouvelle, dont la marche eſt plus rapide & ſouvent le caractère plus funeſte, à cauſe de l'irritation & de l'inflammation ſubſéquente produites par les inſtrumens tranchans & le cautère actuel. Deſault a eu ſouvent occaſion de l'obſerver, en particulier dans deux cas qu'il avoit coutume de rapporter dans ſes cours, qui s'étoient offerts à lui, l'un à l'Hoſpice de Saint-Sulpice, l'autre à la Charité, & qui tous deux eurent pour le malade l'iſſue la plus déplorable: je n'en citerai qu'un.

OBS. V. Un homme vint un jour ſe préſenter à la Charité, ayant ſur la face externe du bord alvéolaire une petite fiſtule qui s'étendoit juſques dans

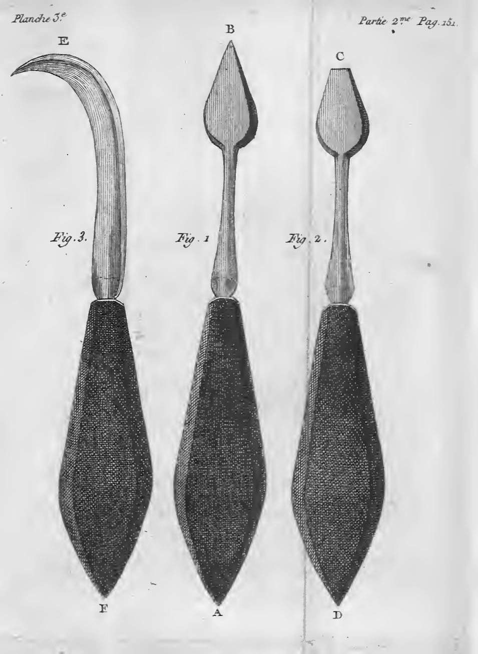
le ſinus maxillaire. Deſault y introduiſit un ſtyler, & reconnut la préſence d'un polype, pour le traitement duquel il propoſa au malade les moyens ordinaires. Celui-ci s'y refuſa, & fut conſulter un dentiſte qui, à la faveur de la petite ouverture, porta le feu ſur le polype. Une inflammation très-grande, une augmentation conſidérable de la tumeur, furent bientôt le réſultat de cette imprudente manœuvre. Alors le malade vint aux écoles de chirurgie, où, dans la conſultation convoquée à ſon ſujet, Deſault conſeilla d'ouvrir amplement le ſinus par en bas, d'amputer enſuite tout le fongus; cet avis fut rejeté; on ſe contenta d'une ouverture peu étendue pratiquée aux joues, & à travers laquelle une petite portion put ſeulement être enlevée. Celle qui reſta irritée, s'enflamma, acquit bientôt un volume exceſſif, ſouleva les os de la face, les caria, vint faire en devant une hideuſe ſaillie, & fut, au bout d'un mois, inacceſſible à tout moyen de l'art.

XIII. On peut donc établir en principe, qu'au ſuccès du traitement eſt immédiatement liée l'étendue de l'ouverture deſtinée à mettre à découvert le fongus. Ne craignez pas d'emporter une portion conſidérable de l'arcade alvéolaire ſupérieure, de faire tomber avec elle trois ou quatre dents; ne vous amuſez pas à les arracher préliminairement, un ſeul coup ſuffit pour les extraire, ainſi que la pièce qui les ſoutient. Bientôt l'ouverture, quelque grande qu'elle ſoit, ſe refermera, & une trace peu ſenſible en reſtera. Au reſte, plus de longueur & de difficulté dans le traitement, plus de difformités après la guériſon duſſent-elles en réſulter: que ſont ces inconvéniens comparés à ceux (XII), auxquels on s'expoſe par une pratique différente?

XIV. Revenons sur quelques détails opératoires: les instrumens nécessaires pour mettre le sinus à découvert, sont d'abord les perforatifs destinés à frayer la voie, comme dans l'ozène (V); pour agrandir cette voie, l'instrument en forme de serpette (*Fig. III.*), présente de grands avantages; sa lame doit être épaisse, sa trempe forte, afin de couper plus facilement les pièces osseuses, qui ne présentent souvent pas dans ce cas une grande résistance. Si elle étoit cependant très-considérable, la gouge & le maillet seroient employés comme dans l'observation précédente; mais en général l'instrument précédent suffit; son usage ne se borne pas au sinus maxillaire; il avoit, entre les mains de Desault, d'utiles applications dans les fongus, le spina ventosa, la nécrose de la mâchoire inférieure & autres maladies des parties dures de la bouche, où il faut enlever des pièces osseuses: on sent que son emploi ne peut être dirigé par aucun principe général. Tout est relatif à l'état de la maladie; & qui ne sait que telles sont ses variations, qu'à peine deux cas se ressemblent?

XV. La section du fongus exige aussi quelquefois des bistouris diversement recourbés sur leurs bords & leurs lames, afin d'aller avec plus de facilité le rechercher jusques dans ses dernières ramifications; mais communément le bistouri ordinaire suffit, & la simplicité des opérations nous fait une loi d'en étendre l'usage au plus de cas qu'il nous est possible.

XVI. Le cautère actuel a ici un double avantage, 1°. arrêter l'hémorragie, ce qu'il fait d'autant plus efficacement, que le sang ne s'échappe d'aucun vaisseau considérable, mais que, comme on dit, il coule en nappe de la tumeur incisée; 2°. détruire tout ce


E
B
C
Fig. 3.
Fig. 1
Fig. 2.
F
A
D

qui est échappé à l'instrument tranchant, & mettre par-là à l'abri de récidive. La précaution de le faire chauffer à blanc est essentielle; soit parce que désorganisant subitement la partie, la douleur est moindre pour le malade, soit parce que brûlant à plus de profondeur, il remplit mieux le but qu'on se propose. Ne craignez pas d'en répéter souvent l'application, si de nouvelles fongosités se forment; veillez au contraire à leur développement; il est aisé de les détruire dans le principe; pour peu qu'elles aient pris d'accroissement les plus grandes difficultés se rencontrent.

EXPLICATION

De la troisième planche.

Fig. I. Perforatif aigu, destiné à ouvrir le sinus maxillaire.

A. Manche taillé à facettes.

B. Pointe.

Fig. II. Perforatif mousse, propre à agrandir l'ouverture du sinus, sans craindre d'en blesser la paroi opposée.

C. Extrémité tronquée.

D. Manche également taillé à facettes.

Fig. III. Instrument en forme de serpette, pour emporter des parties osseuses du sinus.

E. Lame épaisse, à forte trempe.

F. Manche.

MÉMOIRE

SUR *l'opération du bec-de-lièvre.*

§. Ier. *Réflexions générales.*

I. La nature ne ſuit pas toujours invariablement dans l'organiſation des animaux, les lois qui préſident à leur économie; quelquefois elle ſort du cercle qui les circonſcrit, ſemble ſe jouer autour, & produit alors diverſes difformités, aſſez communes dans l'eſpèce humaine, moins fréquentes dans les autres, contre leſquelles la chirurgie n'a ſouvent que d'impuiſſans moyens, mais qu'elle peut, en certains cas, réformer avec ſuccès. Telle eſt cette difformité ſi fréquente & ſi connue ſous le nom vulgaire de bec-de-lièvre. Ici au moins l'art corrige & embellit la nature: tant de fois il la défigure!

II. Tous les auteurs ont parlé du bec-de-lièvre; la plupart ont cherché à en perfectionner le traitement. Qui ne croiroit, dit un homme célèbre, en comparant leurs efforts à la ſimplicité de la maladie, que la ſaine pratique doit être, à cet égard, invariablement fixée? cependant les opinions ſe partagent encore; des nuages reſtent dans l'eſprit de pluſieurs perſonnes de l'art: eſſayons d'y porter quelque lumière, en leur préſentant la doctrine de Deſault ſur ce point particulier; non que l'art lui doive ici des progrès bien tranchans, mais parce qu'une grande expérience lui avoit acquis le droit de prononcer ſur

la question tant agitée dans ces derniers temps, des inconveniens ou des avantages des procédés employés dans l'opération.

III. On sait que le bec-de-lièvre emprunte son nom de sa ressemblance avec la disposition naturelle de la lèvre supérieure du lièvre; qu'il se modifie en général sous un grand nombre de formes; que tantôt simple il ne présente qu'une seule division, facile à réunir; que tantôt double, il offre dans le milieu de cette division un appendice charnu plus ou moins alongé qui la partage également; qu'enfin il est quelquefois compliqué de la séparation des os maxillaires & palatins, de la saillie d'une portion des premiers dans le milieu de la fente, de division des membranes palatine, pituitaire & de la luete, & par suite de l'incommode communication des narines avec la bouche.

IV. Tracer le tableau de ces différentes espèces de becs-de-lièvre, & des effets fâcheux qui en résultent, soit pour l'allaitement, soit pour les autres fonctions, ce ne seroit qu'ajouter aux fastes de l'art des descriptions déjà mille fois répétées depuis Celse qui le premier nous transmit sur cette affection des connoissances méthodiques. Je passe donc, sans m'y arrêter, au traitement chirurgical qu'elle exige.

V. Nous devons aux anciens médecins, l'ingénieuse idée, d'appliquer à la guérison du bec-de-lièvre, cette propriété des parties animales vivantes, en vertu de laquelle une division récente dont les bords sont mis en contact, se réunit & disparoît au bout d'un certain temps. De ce principe général découle le traitement de toutes les plaies simples; sur lui repose aussi l'opération que je vais examiner. Il en

résulte, pour cette opération, deux grandes conséquences : l'une qu'il faut réduire la fente à l'état de division récente; l'autre qu'il faut rapprocher & maintenir en contact les bords sanglans de cette division.

VI. Tous les chirurgiens sont partis de cette double indication; mais tous pour la remplir n'ont pas suivi la même route. Les uns, dans le rafraîchissement des bords de la division ont eu recours aux cautères de diverses espèces, aux stimulans actifs. Les autres, & c'est le plus grand nombre, ont employé l'instrument tranchant; mais parmi ceux-ci la forme des instrumens a varié; la priorité réciproque des ciseaux & du bistouri a été disputée; & comme je le dirai bientôt, trop d'importance a peut-être été ajoutée à ce point peu intéressant de pratique. Dans le rapprochement des bords rafraîchis de la division, les sutures sèches ou sanglantes, tour-à-tour employées & rejetées, ont aussi, mais avec plus de raison, fixé l'attention des praticiens sur la préférence respective qui leur est due.

VII. Entrons dans quelques détails sur la pratique de Desault, dans l'une & l'autre partie de l'opération; sur les raisons qui l'appuyoient; décrivons, en second lieu, son procédé opératoire, en supposant le bec-de-lièvre simple; enfin, traçons les modifications particulières que doit subir le procédé dans les différentes complications que présente cette difformité.

§. II. *De la résection des bords de la division.*

VIII. Tous les praticiens conviennent aujourd'hui de la préférence exclusive que mérite, sur tous les autres moyens, l'instrument tranchant dans cette

première partie de l'opération. Le danger des cautères actuels & potentiels, adoptés quelquefois par les anciens, la lenteur, la difficulté du traitement qui accompagne leur usage, la cicatrice difforme qui en résulte, tout concourt à les proscrire d'une pratique rationnelle. Les stimulans les plus actifs, tels que les vésicatoires, proposés & employés par quelques uns, ont presque toujours une action insuffisante; & dans l'emploi de ce moyen, la probabilité de quelques guérisons ne peut compenser la certitude d'un défaut habituel de succès. Un chirurgien employa ce procédé à l'Hospice des écoles, dans un temps où les mémoires de Louis avoient fixé les regards sur ce point de pratique. Le vésicatoire fut laissé douze heures; puis au moyen des agglutinatifs, on rapprocha les bords de division; mais leur réunion n'eut lieu que dans quelques points, & l'opération ordinaire devint la seule ressource.

IX. La plupart des gens de l'art paroissent avoir attaché assez peu d'intérêt, jusqu'à ces derniers temps, au choix exclusif de l'instrument destiné à la résection des bords de la lèvre divisée. Les ciseaux ou le bistouri indifféremment conseillés par Franco, Heister, Ledran, ne sembloient pas avoir des avantages marqués l'un sur l'autre. Le plus grand nombre cependant avoit adopté les ciseaux, & ce choix justifié par de nombreux succès, trouvoit peu de contradicteurs, lorsque Louis s'éleva avec force contre leur usage, & préconisa, avec une importance exagérée, & leurs inconvéniens & les avantages du bistouri. L'autorité de cet homme célèbre, laissa quelque temps incertain l'esprit alors encore timide de Desault; mais bientôt l'expérience & d'exactes recherches fixèrent

ſa pratique ſur ce point, & le ramenèrent à l'ancien procédé.

x. Traçons, dans le parallèle de ces deux inſtrumens, les raiſons de préférence qui le déterminèrent; non que cette préférence ſoit excluſive, puiſque dans des mains habiles, ſouvent des ſuccès égaux couronnent l'un & l'autre moyen, mais parce que là où eſt le mieux, il faut abandonner le bien.

xi. Le biſtouri agit en ſciant & ne meurtrit point les parties; la preſſion des ciſeaux ſur les corps qu'ils diviſent eſt preſque nulle, parce que l'action de leurs lames eſt toujours très-oblique à ces corps; auſſi l'expérience prouve-t-elle que la partie coupée par eux, n'offre jamais de contuſion. La même ſenſation de douleur eſt attachée à ces deux inſtrumens (1); mais le premier, plus que le ſecond, en augmente la ſomme, en alongeant le procédé. Celui-ci n'exige preſque jamais la ſéparation de la lèvre ſouvent adhérente à la mâchoire ſupérieure; celui-là néceſſite communément ce préliminaire douloureux, pour l'introduction de la carte ſur laquelle il doit couper. L'uſage de cette carte, ou des autres moyens conducteurs du biſtouri, eſt très-gênant en certains cas. L'uſage des ciſeaux n'offre point cette

(1) L'expérience de Bell ne laiſſe aucun doute ſur cet objet. Il reſéqua dans la même opération, l'un des bords de la diviſion avec le biſtouri, l'autre avec les ciſeaux, & le malade témoigna que la première, plus que la ſeconde inciſion, lui avoit été douloureuſe. Si ce réſultat n'eſt pas toujours conſtant, au moins peut-on conclure, contre l'aſſertion de Louis, qu'à l'action de l'un, plutôt qu'à celle de l'autre inſtrument, n'eſt pas réſervée une impreſſion plus pénible.

difficulté. En employant l'un, les parties fortement tirées en bas pour faciliter ſon action, ſont ſouvent inégalemenr inciſées; en ſe ſervant des autres, les chairs fixées ſans tiraillement entre leur double lame, ſe coupent toujours de niveau. Pluſieurs praticiens célèbres font aujourd'hui, en France & en Angleterre, un uſage excluſif du biſtouri; preſque tous les grands maîtres de l'art ſe ſont ſervi des ciſeaux qui ont encore en Europe d'illuſtres partiſans. On leur reproche de néceſſiter l'emploi alternatif des deux mains, & de couper rarement, d'un ſeul coup, le bord qu'ils rafraîchiſſent : mais l'hiſtoire du procédé opératoire, répondra à la première objection (XXXVI), la ſeconde n'eſt-elle pas commune auſſi au biſtouri? Peut-on ſouvent inciſer en deux fois, & l'angle de la diviſion, & les bords qui s'y terminent? Enfin c'eſt un principe général, que toutes les fois qu'une partie eſt libre, mince & comme flottante, les ciſeaux qui la fixent, valent mieux pour la couper, que le biſtouri qui exige préliminairement un moyen de la maintenir.

XII. Il ſuit de ce parallèle, trop minutieux peut-être, 1°. que ſi des avantages égaux ſont attachés, ſous quelques rapports, aux ciſeaux & au biſtouri, jamais le ſecond n'a ſur les premiers une priorité réelle; 2°. que dans le plus grand nombre de cas au contraire, ceux-ci préſentent au praticien une facilité qu'il chercheroit inutilement dans l'autre. C'eſt ſur ce double motif que Deſault fondoit la préférence qu'il donnoit aux ciſeaux, pour remplir la première partie de l'opération : nous verrons, en décrivant le procédé opératoire, ſa manière de les employer.

XIII. On convient généralement aujourd'hui des avantages de la forme anguleuſe de l'inciſion des bords.

La facilité qu'elle offre pour la réunion ; la certitude qu'elle donne d'éviter en haut le trou incommode, résultant du défaut de contact, en bas la difforme échancrure que produir la non réfection de l'angle arrondi qui termine les bords ; la faculté de la lèvre plus grande inférieurement que supérieurement de se prêter à l'extension : tout concourt à justifier la pratique universellement adoptée sur ce point, & à bannir celle qui, d'abord présentée par Celse, modifiée ensuite par divers auteurs, recommandée par Guillemeau, Thevenin, consistoit à donner aux deux incisions latérales, la forme d'un croissant. Les règles générales de la réfection des bords sont, 1°. d'emporter toute la pellicule rouge qui les recouvre, & de couper par conséquent sur la peau ; 2°. de leur donner une grandeur égale, pour qu'en se rapprochant ils s'adaptent avec exactitude, & ne fassent pas, comme on dit, le cul du poule ; ensorte que si l'un plus oblique, offre plus de longueur que l'autre, il faudra réséquer celui-ci de manière à en emporter plus vers l'extrémité libre, que vers l'extrémité adhérente, tandis qu'au contraire, sur le premier, on emportera autant en haut qu'en bas ; de-là résulteront une obliquité & une longueur égales. 3°. Les incisions ne doivent point être faites en biseau, mais découvrir autant de la partie antérieure, que de la partie postérieure des lèvres ; cependant si on emploie les aiguilles, peut-être n'y auroit-il pas de mal d'intéresser les bords un peu plus aux dépens de la seconde, de réséquer au contraire un peu plus aux dépens de la première, si on a recours aux agglutinatifs ; 4°. le bord à inciser le premier, sera celui qu'on éprouve le plus de difficultés à fixer entre les doigts, parce que ensanglantés

par cette première incision, ceux-ci glissent sur les parties, & ne peuvent aussi efficacement les assujettir.

§. III. *Des moyens de contact entre les deux bords rafraîchis de la division.*

XIV. La réunion des bords de la division n'offre jamais, dans le bec-de-lièvre, des difficultés qui puissent arrêter le praticien. Ici la perte de substance est presque nulle. Les lèvres lâches & facilement extensibles, cèdent sans résistance au moindre effort qui les rapproche; la contraction musculaire seule est à vaincre, & l'on sent combien il est facile de surmonter cette puissance. Mais si le contact des bords de la lèvre est toujours aisé à procurer, on ne trouve pas la même facilité à le maintenir avec exactitude pendant tout le temps nécessaire à l'adhésion réciproque des deux surfaces rafraîchies. Ici, ce n'est pas, comme dans la plupart des autres plaies, la simple réunion qu'on exige; c'est une réunion précise, régulière, qui doit à peine laisser sur les parties une trace de son existence. Si le premier but de l'art est de corriger un défaut de conformation nuisible aux fonctions, le second, non moins intéressant pour certaines personnes, est d'ajouter à la figure les agrémens que lui refusa la nature.

XV. Il s'en faut donc que le choix des moyens propres à maintenir réunis les bords de la division, soit indifférent pour le chirurgien jaloux de perfectionner les procédés qu'il emploie; & le parallèle de ces moyens mérite sans doute une attention plus sérieuse, que celui des instrumens tranchans destinés à la division des parties (XI).

XVI. Dans le bec-de-lièvre, comme dans la plupart des plaies longitudinales, le bandage unissant & les sutures sont les deux seuls moyens de réunion; la situation, autre moyen de contact entre les bords d'une plaie, ne pouvant ici être mise utilement à profit. Les sutures ont toujours été & sont encore universellement employées, & l'usage exclusif du bandage unissant, offre des inconvéniens trop sensibles pour trouver des partisans judicieux. Mais quelles sutures doivent être employées? Peut-on indifféremment recourir aux sèches & aux sanglantes? Les unes ou les autres offrent-elles des avantages particuliers qui doivent en motiver la préférence?

XVII. Si, pour décider cette question, l'histoire de l'art est consultée, nous voyons presque généralement la suture sanglante mise en usage par les grands maîtres, dont la pratique est toujours en faveur d'un procédé, un préjugé au moins avantageux. Celse la pratiquoit, ou plutôt la voyoit pratiquer aux médecins de son siècle. Les Arabes empruntèrent cette pratique, & Guy de Chauliac, leur copiste, l'employoit avec avantage. Van-Horne ne paroissoit pas en connoître d'autres; Paré l'a fait graver; Guillemeau la recommandoit; Fabrice d'Aquapendente la mettoit toujours en usage, tous nos traités modernes d'opération la proposent & la décrivent comme exclusivement convenable; Garengeot, Ledran, Heister, Petit, &c. n'indiquent que ce moyen de contact entre les bords rafraîchis.

XVIII. Mais au milieu de cette pratique presque généralement adoptée, plusieurs hommes distingués quittèrent la voie commune, & la suture sèche ou les emplâtres agglutinatifs, comptèrent aussi leurs partisans.

partisans. Franco décrit deux procédés ; l'un se pratique avec les aiguilles ; l'autre, borné aux agglutinatifs, est suivi, selon lui, de moins de difformité. Silvius, au rapport de Muys, a guéri, par ce dernier moyen, un grand nombre de becs-de-lièvre. G. Wolf Wedel espère, en le mettant en usage, ne pas prolonger au-delà de huit jours, la guérison de l'enfant. Les plaies de la face en général, & le bec-de-lièvre, en particulier, ne nécessitent jamais, selon George Purman, que la suture sèche.

XIX. Enfin Louis considérant d'un côté que la plupart des auteurs ne prescrivent la suture sanglante, que dans la supposition d'une perte de substance, s'étant persuadé, d'un autre côté, que cette supposition est presque toujours fausse dans le cas dont il s'agit, & que l'action musculaire est la seule puissance qu'il faille surmonter, établit en principe, 1°. que la puissance qui rapproche les lèvres doit s'exercer, non sur leurs bords, mais sur les muscles qui écartent ces bords ; 2°. que le bandage unissant doit seul représenter cette puissance ; 3°. que la suture est un moyen de contact & non de rapprochement entre les lèvres de la division ; 4°. que les emplâtres agglutinatifs, suffisans pour maintenir ce contact, & ne déterminant pas d'ailleurs, comme la suture sanglante, une irritation favorable à la contraction musculaire, doivent toujours obtenir, sur celle-ci, la préférence du praticien.

XX. Les bases sur lesquelles repose cette doctrine sont en général vraies, de même que les trois premiers principes établis par l'auteur (XIX), & sous ce point de vue, l'art lui doit un pas vers la perfection. Mais il s'en faut que le dernier principe soit marqué au

même coin que les autres; & il eſt aiſé de démontrer qu'en ne conſidérant la ſuture ſanglante que comme moyen de contact, & non de rapprochement, elle offre toujours des avantages ſupérieurs à ceux des emplâtres agglutinatifs. Le parallèle de la manière d'agir de ces deux moyens, ſuffira pour en convaincre. Je ne conſidérerai d'abord ici que la ſuture entortillée la plus généralement reçue, me réſervant de préſenter enſuite quelques conſidérations ſur l'entre-coupée.

XXI. 1°. La ſuture sèche eſt toujours exempte de douleurs avant & après l'opération. L'uſage des aiguilles en occaſionne peu pendant l'opération, parce que leur trajet dans les chairs eſt à peine ſenſible, & que la peau eſt preſque ſeule douloureuſement affectée par les petites plaies réſultantes de leur entrée & de leur ſortie. L'expérience prouve qu'après l'opération leur ſéjour n'eſt pas douloureux; 2°. les emplâtres agglutinatifs ne produiſent point une irritation capable d'augmenter l'action muſculaire. Si cette irritation réſulte de la ſuture ſanglante, ſon effet eſt toujours nul, ſoit par l'action du bandage, oppoſée à celle des muſcles, ſoit par la réſiſtance qu'elle-même oppoſe à leurs efforts; 3°. en recourant au premier moyen on évite les déchirures cauſées quelquefois par le ſecond; mais jamais, lorſque celui-ci eſt méthodiquement employé, le praticien ne s'y trouve expoſé; 4°. on n'a point, par la ſuture sèche, de nouvelles plaies, d'où peuvent réſulter & une trop grande inflammation, & une ſuppuration trop longue; mais l'expérience prouve que ce double accident n'eſt point attaché à la ſuture ſanglante.

XXII. Il ſuit de ces premiers rapprochemens, que les inconvéniens, tant préconiſés de la ſuture entor-

tillée, méritent à peine d'entrer dans la balance pour le choix d'un procédé; mais si nous y plaçons ses avantages, il sera aisé de voir de combien elle l'emporte.

XXIII. 1°. Les agglutinatifs ne réunissent exactement les bords de la division qu'à leur partie antérieure. Postérieurement reste une fente d'où peut s'échapper le sang, & où peut venir s'introduire la salive. De-là, dans le premier cas, la possibilité d'une hémorragie que j'ai vu survenir cinq heures après une opération pratiquée par un célèbre chirurgien; dans le second, le défaut d'agglutination des bords. A l'usage des aiguilles, n'est point attribué ce double inconvénient. Portées très en arrière dans l'épaisseur de la lèvre, elles réunissent les bords postérieurement, tandis que les fils entortillés autour d'elles les assujettissent antérieurement; de-là un contact toujours exact dans toute l'épaisseur de ces bords.

2°. Si l'un des os maxillaires est plus saillant que l'autre, les deux portions réunies de la lèvre, ayant un point d'appui inégal, & n'étant pas suffisamment retenues par les emplâtres agglutinatifs, perdront leur niveau, & se déplaceront suivant leur épaisseur. L'un restera en avant, soutenu par l'os maxillaire saillant; l'autre se déprimera en arrière; & alors il pourra arriver ce que Desault éprouva un jour, dans un cas où il employa le procédé de Louis. Le tiers antérieur du bord gauche de la division se réunit au tiers postérieur du bord droit; ensorte qu'en devant & en arrière restèrent deux surfaces non-réunies qui devinrent le siége d'une longue suppuration, & la cause d'une réunion difforme. J'ai vu, dans un autre cas, le même inconvénient résulter du même moyen. La solidité

de la suture sanglante, le point d'appui que donnent les aiguilles aux lèvres qu'elles traversent, préviennent toujours ce fâcheux déplacement. 3°. En employant la suture sèche, les deux bords toujours plus fortement rétractés inférieurement par les puissances musculaires, y forment, en se réunissant, une petite échancrure, au lieu du bouton plus ou moins saillant que présente dans l'état naturel la partie moyenne & inférieure de la lèvre supérieure. Je démontrerai, en décrivant le procédé opératoire, qu'il est toujours facile, en dirigeant convenablement l'aiguille inférieure, sinon de former le bouton, au moins d'éviter l'échancrure. 4°. Si la fente se prolonge dans le nez, sur-tout si les os maxillaires ne sont pas de niveau, il est difficile de réunir par les agglutinatifs l'angle supérieur de la division, & alors reste un trou incommode au-dessus de la réunion. Il est très-rare qu'avec des précautions, l'usage des aiguilles entraîne cet inconvénient; la pratique de Desault ne le lui a, je crois, offert qu'une fois, dans un malade qu'il confia à mes soins après l'opération, & chez lequel, peu instruit encore, je cessai trop promptement le bandage. 5°. Quelque parfait que soit ce bandage, il n'est jamais assez solide, pour n'être en aucun cas sujet à se déranger. S'il se déplace, les agglutinatifs pourront-ils aussi efficacement que les aiguilles suppléer à son défaut d'action? 6°. D'ailleurs, une partie de la suture entortillée, n'agit-elle pas comme la suture sèche? Les fils intimement adhérens à la peau, par l'intermède du gluten du sang, ne représentent-ils pas les agglutinatifs? En tenant rapprochés les deux bords de la division, ne préviennent-ils pas la déchirure des aiguilles? 7°. Terminons ces

rapprochemens entre la future sèche & la future fanglante, par le réfultat de l'expérience, & nous verrons ce dernier moyen être conftamment fuivi du plus heureux fuccès, pendant les dix années où Default a pratiqué à l'Hôtel-Dieu. Moreau, qui l'avoit précédé, le fuivoit, comme tous les autres, & les mêmes fuccès couronnoient fes opérations.

XXIV. Concluons donc, que fi, fous certains points de vue les emplâtres agglutinatifs ont quelques avantages fur la future fanglante (XXII), toujours ils offrent une fomme infiniment plus grande d'inconvéniens; que peut-être pourroient-ils convenir, s'il ne s'agiffoit que d'une réunion quelconque, mais qu'en général ils font infuffifans pour procurer ce contact précis, néceffaire à la réunion exacte & régulière que l'on défire dans le bec-de-lièvre (XIV). La théorie & l'expérience fe réuniffent donc pour juftifier, dans l'opération du bec-de-lièvre, l'ufage de la future entortillée, profcrit en france dans ces derniers temps, fi Default ne l'y eût maintenu d'abord, & enfuite rétabli.

XXV. Mais cette préférence qu'obtient fur la future sèche, la future entortillée, n'eft-elle pas applicable auffi à la future entre-coupée? Celle-ci a eu des partifans, & en général, comparée aux agglutinatifs elle préfente de très-grands avantages; mais fi on la compare à la future entortillée, le même réfultat ne s'offre point. 1°. Les parties molles ne font jamais auffi folidement fixées que dans celle-ci, où les aiguilles en arrière, en avant les fils, les affujettiffent invariablement; 2°. fi, comme il arrive fréquemment dans l'écartement des os maxillaires, la rangée dentaire

offre, à la lèvre réunie, un inégal point d'appui, les fils entre-coupés ne peuvent, comme les aiguilles, soutenir les deux bords au même niveau ; & ici j'observerai, que le reproche fait à la suture entre-coupée, de laisser dans les chairs des bares solides, offre précisément un de ses avantages dans le cas où le soutien que lui fournit la mâchoire, n'est pas uniforme ; 3°. il est difficile, par les fils seuls laissés dans les parties, d'éviter la petite échancrure inférieure dont nous avons parlé, & que toujours il est aisé de prévenir par les aiguilles. Convenons cependant, que si le bec-de-lièvre est simple, que si la rangée dentaire n'offre aucune inégalité, la suture à points entre-coupés, peut en général avoir des succès sur lesquels il seroit imprudent de compter dans un cas si peu compliqué.

XXVI. J'ai tâché d'établir (XXIII - XXV), la priorité toujours réelle de la suture entortillée : passons à la manière de la faire & au choix des instrumens qu'elle exige. Les aiguilles nécessaires à cette espèce de suture ont varié & dans leur forme & dans leur composition. Tour-à-tour flexibles ou inflexibles, elles ont partagé sous ce rapport l'opinion des praticiens. Le plus grand nombre cependant ne leur donne point la première forme admise par quelques-uns.

XXVII. Les anciens n'employoient que celles d'acier, dont les extrémités, faciles à se rouiller, irritent, lorsqu'on les retire, le trajet de la plaie. Sharp, en Angleterre, Houstet, en France, y substituèrent celles d'argent, terminées par une pointe d'acier. Enfin on a adopté celles d'or, proposées par Ledran, & qui d'un côté, n'ont point, comme celles de fer, l'inconvénient de se rouiller, de l'autre ont assez de solidité

pour former un tranchant propre à leur frayer un passage. Desault en avoit adopté l'usage. Bell les emploie également.

XXVIII. La forme, comme la composition des aiguilles, a varié. Les anciens n'applatissoient point l'une de leur extrémité en fer de lance, & nous devons aux modernes ce point de perfection ; à l'autre extrémité sont adaptées, tantôt des têtes semblables à celles des épingles, tantôt des trous pour passer les fils. Mais, dans le premier cas, la pointe tranchante, obligée de traverser de nouveau la plaie, quand on retire l'aiguille, coupe les parties une deuxième fois. Dans le second, c'est un trou inutile, puisque toujours les fils sont suffisamment fixés autour des aiguilles par leur entre-croisement. D'après ces considérations, Desault avoit donné aux aiguilles la forme exprimée *Fig.* V & VI ; il les varioit suivant la grandeur de la lèvre, & jamais, pour les introduire, il n'employoit le porte-nœud, adopté par grand nombre de praticiens, instrument toujours inutile, & facile à remplacer par les doigts (1).

(1) La forme ronde usitée dans nos aiguilles à bec-de-lièvre, est-elle la plus avantageuse ? Ne vaudroit-il pas mieux les applatir dans leur corps, & prolonger ainsi à toute leur étendue, le signe de leur extrémité tranchante, à un peu moins de largeur près ? Par-là les bords des petites plaies que forme leur trajet seroient moins écartés l'un de l'autre, puisque l'écartement est en raison directe de l'épaisseur des corps laissés dans ce trajet ; moins d'irritation en seroit le résultat, par suite moins de suppuration, & plus de promptitude dans la cicatrisation de ces petites plaies. Cette forme ne seroit au reste qu'un léger avantage, l'autre n'offrant qu'un inconvénient léger.

XXIX. Les Anglois laiſſent ordinairement le ſang s'écouler pendant quelque temps, avant la réunion des bords; ils eſpèrent, par ce dégorgement local, prévenir l'inflammation des lèvres. Mais l'expérience nous démontre l'inutilité de cette précaution.

XXX. C'eſt une pratique aujourd'hui généralement adoptée en France, d'aider, par le bandage uniſſant, l'effet des ſutures dans le bec-de-lièvre; & l'on peut dire, pour donner une juſte idée de ces deux moyens, que le premier eſt deſtiné ſur-tout à procurer le rapprochement, & le ſecond à maintenir exactement le contact des deux bords de la diviſion (XIX). La plupart des Anglois rejettent cependant les bandages propres à vaincre l'action muſculaire. Sharp les trouve incommodes pour le malade. Bell ajoute à cet inconvénient, celui de comprimer l'extrémité des aiguilles, & cite d'ailleurs divers exemples de non ſuccès obtenus par leur ſecours. Mais, au bout de quelques heures, l'incommodité eſt preſque nulle. Jamais, lorſque les pelotes ont une ſuffiſante épaiſſeur, le bandage n'exerce la compreſſion que lui reproche Bell : enfin aux ſuccès qu'il rapporte, peuvent s'oppoſer une infinité de revers ſur leſquels il ſe taît, & qu'avec le bandage on n'eût point eſſuyés.

XXXI. La forme de ces bandages varie ſelon le génie inventif des praticiens qui les employoient. Mais en général, ils ſont fondés ſur un principe commun: preſque tous ſe font avec une bande roulée à deux globes, dont les chefs, après avoir paſſé ſur deux pelotes placées ſur la joue & deſtinées à pouſſer les parties en avant, viennent ſe croiſer ſous le nez, ſoit qu'en cet endroit aient été adaptés à la bande pluſieurs fils en paſſant les uns dans les autres, ſoit que l'un

des chefs divisé en deux, passe à travers deux ouvertures pratiquées dans l'autre; soit enfin que celui d'un côté soit renversé sur celui du côté opposé.

XXXII. Il suit de-là que le bandage du bec-de-lièvre est en général celui des plaies en long, modifié de diverses manières. Desault n'étoit point parti du même principe, dans l'invention de celui dont il se servoit. Sa bande (*b b*) n'étoit roulée qu'à un globe; d'un côté elle amenoit en avant l'une des compresses comme dans les autres bandages; de l'autre, passant seulement sur la compresse opposée, elle l'assujettissoit à l'endroit où les doigts d'un aide l'avoient d'abord amenée. De-là résultoit qu'un seul tour passant sur la division réunie, jamais il n'y avoit en cet endroit des plis ou des renversés toujours incommodes au malade, & nuisibles à l'opération. Souvent dans les bandages ordinaires, les compresses fixées transversalement se déplacent de haut en bas. Deux bandelettes de linge (*i i*), traversant à angle droit la bande principale (*b b*) sur les compresses, & se croisant sur la tête lui servoient à éviter cet inconvénient. Je reviendrai au reste sur ces avantages dans la description de ce bandage.

§. IV. *Procédé opératoire dans le cas de division simple à la lèvre.*

XXXIII. Je suppose ici le bec-de-lièvre simple pour faciliter la description du procédé, dont j'examinerai ensuite les variations dans les becs-de-lièvre compliqués. Desault avoit en général assez peu recours aux préparations rarement utiles, selon lui, souvent funestes aux malades. Dans celle-ci plus que dans

les autres, il suivoit cette pratique, & presque toujours il se bornoit à quelques précautions minutieuses en apparence, mais plus avantageuses souvent aux succès de l'opération, que certains points longuement disputés. C'étoit par exemple, de faire peigner avec exactitude l'enfant qui devoit être opéré, de mettre dans ses cheveux un peu d'onguent gris, de peur que tourmenté par la vermine, il ne dérangeât son appareil, de placer de la charpie derrière l'oreille, d'en remplir le cartilage de la conque, afin d'éviter la gêne de la compression de l'oreille, & d'absorber la matière de la transpiration, qui, devenue âcre par son séjour, irrite & excorie même quelquefois les parties, de fixer solidement, au moyen d'une bande, le bonnet qui doit servir de point d'appui au bandage.

XXXIV. Les pièces qui composent l'appareil, sont 1°. pour l'opération, une paire de ciseaux très-forts, bien tranchans & dont les lames doivent être exactement évidées des deux côtés; quelques aiguilles d'or, d'une grandeur relative à la lèvre du malade; une anse de fil simple; un ruban formé de deux fils cirés & parallèles entre eux; deux petites compresses de la hauteur de la lèvre supérieure; un plumaceau & une compresse d'une longueur égale à celle des aiguilles; 2°. pour le bandage, deux pelotes d'une grandeur relative à la joue du malade; une bande de trois aunes, roulée à un globe, & de même largeur que la lèvre; deux bandelettes longues de deux pieds, larges à peu près comme les pelotes; une fronde; une bande ordinaire.

XXXV. La situation du malade, la plus favorable au chirurgien, est celle-ci: il doit être assis sur une chaise haute, la tête appuyée sur la poitrine d'un

aide, dont les mains, appliquées ſur les joues, les pouſſent en avant, en même temps que les doigts du milieu exercent, ſur la maxillaire externe, une exacte compreſſion à ſon paſſage au devant du maſſeter. Tout étant ainſi diſpoſé, on procède à l'opération, à laquelle nous pouvons conſidérer trois temps bien diſtincts, celui de la réſection des bords, celui de leur réunion, celui de l'application du bandage.

XXXVI. Dans le premier temps:

1°. Le chirurgien, placé devant & un peu au côté droit du malade, afin que la main de ce côté qui doit agir, correſponde directement à la partie affectée, ſaiſit & pince avec le pouce & l'indicateur de l'autre main, le bord gauche de la diviſion (1), réſèque de bas en haut & un peu de dehors en dedans toute la partie rouge de ce bord (XIII), obſervant de tenir toujours les lames de l'inſtrument perpendiculaires à la lèvre, & d'emporter une portion de chairs plus grande inférieurement où il faut enlever tout le bord arrondi, que ſupérieurement où il ſuffit de rafraîchir ce bord.

2°. Il ſaiſit entre les doigts de la main gauche, la portion droite de la lèvre, non ſur le bord même, comme du côté oppoſé, mais un peu au-delà; il la tire en bas, & avec les ciſeaux enlève, par une inciſion oblique correſpondante à la précédente, tout le bord rouge de ce côté.

XXXVII. De cette double inciſion, pour laquelle ſuffit ordinairement de chaque côté un ſeul coup de

(1) On n'a pas l'inconvénient, par ce procédé de Déſault, de changer l'inſtrument de main dans l'opération, & ainſi le reproche (XI) fait par Louis, aux ciſeaux, tombe de lui-même.

ciſeaux, réſulte une plaie triangulaire, à la réunion de laquelle il faut ſur-le-champ procéder; & c'eſt ici le ſecond temps de l'opération qu'on exécute de la manière ſuivante :

3°. Le bord rafraîchi de la portion gauche eſt ſaiſi de nouveau & de la même manière que pour ſa réſection; puis on enfonce, dans la lèvre, à une ligne de ſon bord libre, & à trois lignes de la plaie, une aiguille tenue de la main droite, comme une plume à écrire, enduite préliminairement de cerat, & dirigée en arrière & en haut, de manière à faire ſortir la pointe à deux lignes au deſſus du bord libre, entre le quart poſtérieur & les trois-quarts antérieurs de la lèvre.

4°. L'aide, ſur la poitrine duquel appuie la tête du malade, preſſe très-fortement en avant les deux joues, tandis que le chirurgien ſaiſiſſant, comme pour la réſection, la portion droite de la lèvre, la rapproche de l'autre, enfonce, dans le bord ſaignant, la pointe de l'aiguille, la porte dans la même direction, & lui fait parcourir le même trajet, mais dans un ſens inverſe que du côté oppoſé, enſorte que la pointe vient ſortir à l'endroit correſpondant à celui où elle étoit entrée. De-là réſulte la forme d'un v renverſé, dans le trajet de l'aiguille; diſpoſition propre à pouſſer en bas la quantité de chairs néceſſaire à la formation du bouton que préſente, dans l'état naturel, la partie moyenne & inférieure de la lèvre.

5°. Le chirurgien prenant avec la main gauche, l'extrémité pointue de l'aiguille, dont il retient toujours avec la main droite l'autte extrémité, tire en bas les deux bords de la lèvre, qui ſe rendent, ſe rapprochent, ſe réuniſſent, & pendant qu'ils ſont

ainsi maintenus en contact, un aide passe l'anse de fil entre la lèvre & l'aiguille, en tire en bas les deux bouts, &, remplaçant ainsi les mains du chirurgien, entretient ce contact.

6°. Celui-ci engage sur l'anse le milieu du ruban de fil, croise ses deux chefs antérieurement, en forme de 8, sur la réunion des deux bords, les ramène entre la lèvre & l'aiguille, passe au-dessous de celle-ci, revient au-dessus & recommençant de nouveaux 8, il en couvre la portion inférieure de la lèvre, avec la précaution de placer les croisés les uns en dessus des autres; les deux bouts du ruban sont ensuite confiés à un aide qui les retient du côté opposé à l'anse.

7°. Une seconde aiguille est placée, trois lignes au-dessus de la première, à la même distance des bords sanglans, avec la même précaution de laisser plus de parties en devant & moins en arrière, mais sans donner au trajet de l'aiguille la forme anguleuse de la première fois.

8°. Le chirurgien prend les deux bouts du ruban de fil, les croise entre les aiguilles, les engage de chaque côté derrière la supérieure, vient faire au-devant d'elle, quelques 8, puis redescendant à l'inférieure, & remontant alternativement à la supérieure, en croisant toujours dans le milieu, il couvre la lèvre de 8, ainsi qu'on peut le voir (*Fig. II.*).

9°. Si une troisième aiguille étoit nécessaire, le procédé de son introduction seroit le même que celui de la seconde. Quant aux fils, on feroit de cette seconde à la troisième ce qu'on a fait de la première à la seconde.

10°. L'anse de fil destinée à tendre la lèvre, est

coupée. De petites compresses sont placées sous les aiguilles, pour en soutenir les extrémités. On met sur la lèvre le plumaceau imbibé d'eau végéto-minérale, & on le recouvre d'une compresse analogue à la forme des parties.

XXXVIII. Le rapprochement des bords & les moyens immédiats de leur contact, sont l'objet des procédés partiels du second temps de l'opération; le troisième a pour but les moyens médiats de ce contact ou l'application du bandage. Voici en quoi il consiste:

11°. Placer sur les joues deux pelotes (*dd, dd. Fig.111*), dans l'espace circonscrit en arrière par le masseter, en devant par la commissure, en haut par l'éminence malaire, en bas par les côtés de la mâchoire inférieure. Un aide les assujettit, en les pressant contre la joue, & les portant en devant.

12°. Fixer autour de la tête, par quelques circulaires, la bande étroite roulée à un globe, en attachet le chef derrière l'oreille, du côté droit, le conduire sur la pelote (*dd*) de la joue du même côté, puis sous le nez, à l'endroit de l'entre-croisement des fils (*cc*), puis sur la pelote de l'autre côté (*dd*), qu'on a soin de ramener en même temps fortement en avant, enfin derrière l'oreille, où elle est assujettie, & terminer son application par des circulaires autour de la tête.

13°. Placer les deux bandelettes (*ii, ii*), qui, passant sur chaque pelote, y croisent la bande, sont assujetties là par une épingle, portées ensuite obliquement à la partie supérieure de la tête, où elles s'entre-croisent, & où on les fixe.

14°. L'application d'une fronde, destinée à prévenir les mouvemens de la mâchoire, termine le bandage dont les diverses pièces sont assujetties par une

bande enveloppant par ses circulaires (*aa*, *aa*), la partie supérieure de la tête.

§. V. *Du traitement consécutif.*

XXXIX. Le traitement, suite de cette opération, est toujours simple. Eviter tout ce qui peut occasionner du mouvement dans les lèvres, renouveler tous les deux jours l'appareil, c'est-là à quoi se bornent les plus célèbres praticiens. Il est cependant des précautions, soit pour le renouvellement de l'appareil, soit pour diriger l'enfant, soit enfin pour retirer les aiguilles, précautions qui tiennent essentiellement au succès de l'opération, & dont je vais tracer le tableau détaillé dans l'observation suivante, en y rapportant la pratique de Desault, au cas particulier dont elle est le sujet.

OBS. I. Jeanne Debol entra à l'Hôtel-Dieu le 7 juillet 1787, pour y être opérée d'un bec-de-lièvre simple, qui, divisant inégalement la lèvre, la traversoit au niveau de la dent canine du côté gauche. Exempt jusques-là de toute infirmité, cet enfant n'avoit rien qui pût contre-indiquer l'opération; moyen unique de rémédier à une difformité qui la gênoit peu, mais qui défiguroit les grâces naissantes de sa physionomie.

L'opération pratiquée d'après le procédé que j'ai décrit, n'offrit rien de particulier, fut rapidement exécutée, & parut ne produire qu'une légère douleur. Le soir un peu de gonflement, effet ordinaire de la pression de l'appareil, occupa tout le visage. Aucune douleur ne survint; la malade, assez tranquille, prit un bouillon, au moyen d'un biberon applati, placé dans l'intervalle de deux dents mo-

laires. Le gonflement se dissipa le matin, & fit place à une légère démangeaison. On leva l'appareil, & le plumaceau fut renouvelé, après avoir été imbibé d'eau végéto-minérale; trois bouillons furent donnés avec la même précaution que la veille. Le troisième jour, même traitement que le second: le quatrième, on permit une légère panade. Dans le pansement on retira les aiguilles, avec la précaution d'en nétoyer exactement l'extrémité qui devoit parcourir le trajet de la plaie, de l'enduire préliminairement de cérat, de faire exécuter à chaque aiguille un mouvement de rotation, pour la dégager avec plus de facilité, enfin, d'appuyer deux doigts sur le bord de la lèvre répondant à la pointe, afin de la soutenir pendant qu'on retiroit l'instrument. Les fils adhérens aux parties furent laissés en place: le cinquième jour, rien de particulier: le sixième, les fils tombèrent; quelques alimens solides furent permis à la malade: le neuvième jour le bandage fut supprimé: une suppuration légère parut le dixième, à l'orifice du trajet des aiguilles. Il n'en restoit aucune trace le douzième, & l'enfant, très bien guéri, articula distinctement les sons qu'auparavant il ne rendoit qu'avec peine.

XL. Le traitement décrit dans cette observation étoit celui que Desault employoit constamment, à la suite de l'opération du bec-de-lièvre; il ne laissoit en général jamais plus de trois ou quatre jours les aiguilles dans la plaie, l'expérience lui ayant appris que d'un séjour plus prolongé résultent souvent ces déchirures tant reprochées aux aiguilles. La propriété bien constatée qu'a l'eau végéto-minérale, de retarder la suppuration, dans les plaies qui en sont pénétrées, laisse ici aux surfaces rafraîchies plus de temps pour

se

ſe réunir, & ſous ce point de vue, l'uſage de ce médicament eſt très-avantageux. La manière de retirer les aiguilles eſt toujours la même; aucune douleur ne l'accompagne; aucune irritation nouvelle n'en eſt la ſuite. Au reſte, c'eſt à ceux qui environnent le malade, qui lui donnent les alimens, qu'appartient ſur-tout de favoriſer le ſuccès de l'opération. Il n'eſt pas de règle particulière à leur tracer; ſeulement un principe général doit les diriger: c'eſt d'éviter tout ce qui peut produire dans les lèvres le moindre mouvement.

§. VI. *Particularités du procédé opératoire dans le bec-de-lièvre compliqué.*

XLI. L'opération du bec-de-lièvre, toujours facile dans le cas d'une fente ſimple à la lèvre ſupérieure, préſente, dans certaines circonſtances, des difficultés qui néceſſitent, dans le procédé opératoire, des modifications particulières ſur leſquelles il eſt utile de jeter un coup-d'œil.

XLII. Il n'eſt pas rare de voir une double fente, ou plutôt un bouton moyen ſéparant en deux la diviſion de la lèvre. La grandeur de ce bouton varie: eſt-il peu conſidérable? on le comprend dans la réſection. A la place qu'il occupoit ſe trouve l'angle de la plaie, & alors rien n'eſt changé au procédé opératoire. Mais occupe-t-il plus d'eſpace? deſcend-il au milieu, aux deux tiers & même au niveau du bord inférieur de la lèvre ſupérieure? il faut, de chaque côté, rafraîchir ſes bords, avec la précaution déjà indiquée, de laiſſer plus de chairs ſupérieurement qu'inférieurement, où le bouton doit être anguleux. De cette

forme réſulte la facilité de l'adapter dans l'intervalle des deux bords. Traverſé enſuite par les aiguilles qui enfilent auſſi ces bords, il ſe réunit à eux avec exactitude. S'il ne deſcend qu'au milieu de la diviſion, il faut, avant de rafraîchir ſes bords, le dégager de ſes adhérences avec le frein de la lèvre ſupérieure qui lui correſpond, l'amener enſuite le plus bas qu'il eſt poſſible.

XLIII. Quelques praticiens ont mis en queſtion, s'il ne feroit pas plus avantageux, dans ce cas, de pratiquer l'opération en deux temps, en réuniſſant premièrement l'un des bords du lambeau au bord correſpondant de la lèvre, & répétant enſuite la même opération dès que la réunion feroit achevée. Bell appuye ce mode d'opérer, ſur le danger de l'inflammation, à laquelle eſt expoſé le lambeau trop mince que traverſent les aiguilles. Mais l'expérience prouve que jamais ce danger n'eſt réel, que toujours un ſuccès égal à celui de l'opération du bec-de-lièvre ſimple, couronne celle du bec-de-lièvre double, méthodiquement pratiquée en un temps. Pourquoi donc chercher, en répétant la douleur, ce que l'on obtient en ne l'occaſionnant qu'une fois? Deſault pratiquoit conſtamment l'opération d'après ce principe, & toujours, entre ſes mains, elle a été ſuivie des ſuccès dont l'obſervation ſuivante, recueillie par Gavard, nous offre un exemple.

OBS. II. Marie Delone, âgée de huit ans, entra à l'Hôtel-Dieu, avec un bec-de-lièvre double, le 8 juin 1789. De chaque aîle du nez, partoit une diviſion prolongée dans toute la lèvre: au milieu reſtoit iſolée, une portion large de quatre lignes. Une double opération devoit en même temps remédier à cette double

difformité. Desault, après les précautions ordinaires, y procéda suivant les règles indiquées (XLII); il rafraîchit, par des incisions obliques, les quatre bords à réunir, plaça ensuite inférieurement une aiguille qui, entrant à trois lignes de la plaie, sortit entre le quart postérieur & les trois-quarts antérieurs du bord gauche, fut portée dans le lambeau dont elle traversa l'épaisseur au même niveau, rentra dans le bord droit qu'elle parcourut en sens inverse, dans la même direction que le gauche; & vint sortir à trois lignes de ce bord. L'anse étant placée, comme dans les cas ordinaires, une seconde aiguille fut passée comme la première; autour des deux fut entortillé le ruban de fil en forme de 8, & l'application du bandage ordinaire termina le procédé opératoire.

La petite malade, qui, pendant l'opération, avoit à peine jeté quelques cris, parut tranquille dans la soirée, se plaignit seulement un peu de la gêne du bandage. Dans la nuit cette gêne se dissipa, aucun gonflement ne survint. Le traitement fut le même que celui de l'observation précédente; seulement la réunion plus retardée, obligea de la prolonger un peu plus. La double fente ne paroissant pas encore recollée au troisième jour, ce ne fut qu'au sixième qu'on ôta les aiguilles. Le bandage fut encore continué, & au bout de quinze jours, Marie Delone fut très-bien guérie sans les douleurs de deux opérations successivement pratiquées.

XLIV. La portion charnue, qui sépare en deux la division, n'est pas toujours comme dans le cas précédent, de la même grandeur que la lèvre. Souvent elle finit au milieu de la fente, & alors l'opération est encore modifiée.

OBS. III. Joseph Delarue, âgé de 9 ans, entra à l'Hôtel-Dieu avec un bec-de-lièvre double, dont le bouton moyen, d'une forme arrondie, se terminoit au milieu de la division.

L'opération fut pratiquée le sur-lendemain de son arrivée. La résection du bord gauche de la lèvre ayant été faite, Desault saisit le bouton, le dégagea de ses adhérences avec le frein de la lèvre supérieure, emporta obliquement son bord gauche, de manière à lui donner une forme triangulaire. Le bord droit de la lèvre ayant ensuite été rafraîchi, on plaça inférieurement une aiguille qui réunit, comme dans un bec-de-lièvre simple, les deux bords de la lèvre, & fut assujettie par l'anse de fil. Une seconde aiguille introduite trois lignes au-dessus, traversa le bouton dans sa partie moyenne, le fixa invariablement entre les deux bords déjà réunis en bas, & avec lesquels il fut exactement maintenu en contact par les fils entortillés en 8.

Une légère hémorragie survint le soir; on renouvela l'appareil qui fut plus serré : le lendemain aucune douleur ne se manifesta. Un peu de gonflement parut le sur-lendemain; bientôt il se dissipa. Les aiguilles furent ôtées le quatrième jour, & le malade sortit guéri douze jours après l'opération.

XLV. Une double fente n'est pas, dans le bec-de-lièvre, la plus fâcheuse complication que l'art ait à surmonter. Souvent à la division des parties molles se réunit celle du palais osseux. Une saillie incommode paroît souvent entre les bords à réunir, & de nouvelles modifications doivent encore, dans ce dernier cas, s'ajouter à l'opération que nous examinons. La fente de la voûte palatine, varie en étendue & en

grandeur. Bornée quelquefois aux os maxillaires, elle ſe réunit toujours après l'opération : mais ſouvent elle occupe les os palatins, traverſe le voile du palais, & alors les exemples de réunion, ſont moins fréquemment cités par les obſervateurs. En général, Deſault a vu que, quelle que fût la forme de la fente, il y avoit conſtamment à la ſuite de l'opération, ſinon une exacte réunion, du moins un rapprochement très-ſenſible. Si la cauſe immédiate de ce phénomène échappe à nos recherches, au moins ſommes-nous ſûrs que le rétabliſſement de la lèvre dans ſon état naturel, en eſt la cauſe déterminante. Tirons de-là cette conſéquence, que l'opération doit être d'autant plus promptement pratiquée, que les accidens réſultans de la fente du palais ſont plus preſſans.

XLVI. Le rapprochement de cette fente eſt plus ou moins tardif. Ce n'eſt que par degré que la nature rétablit la conformation régulière qu'elle avoit primitivement négligée. Cependant il eſt des cas où elle ſort de cette règle, & où, plus rapide dans ſa marche, elle opère promptement la réunion des os. L'exemple ſuivant en eſt la preuve.

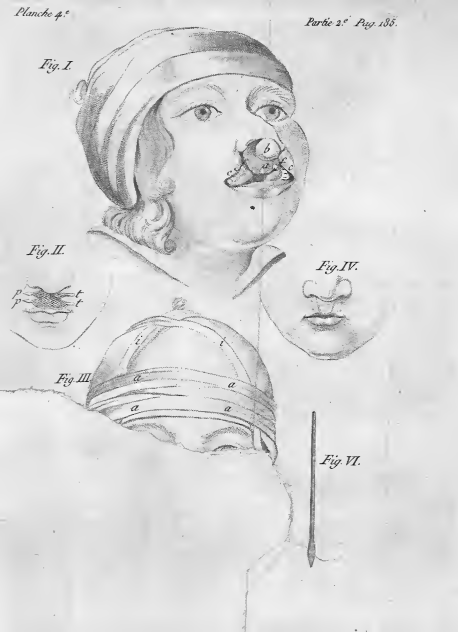
OBS. IV. Un enfant fut amené à l'Hôtel-Dieu, avec un bec-de-lièvre compliqué d'un écartement de demi-pouce à la voûte palatine ; la déglutition étoit extrêmement gênée, & la prononciation difficile au point qu'il rendoit des ſons à peine articulés.

L'opération n'offrit aucune particularité, & au bout de dix jours, la lèvre fut complétement réunie. A cette époque, la fente palatine, examinée pour la première fois, fut trouvée diminuée de moitié. L'enfant moins embarraſſé pour s'exprimer, avaloit auſſi preſque ſans peine : le quinzième jour, les bords,

plus sensiblement rapprochés, laissoient à peine passer dans le nez les alimens liquides : le dix-neuvième jour, la fente etoit peu apparente : le vingt-septième, les bords étoient réunis au point de laisser à peine une trace de leur séparation. La facilité entière de s'exprimer, fut un peu plus longue à revenir, que la cause qui l'empêchoit l'avoit été à se dissiper.

XLVII. L'écartement des os de la voûte palatine, cause rarement déterminante d'une modification dans l'opération, est fréquemment accompagné de la saillie d'une portion de la mâchoire supérieure, qui toujours nécessite un procédé particulier. Les variétés de cette complication sont très-nombreuses; tantôt l'un des os maxillaires dépassant le niveau de l'autre, vient, par son épine nazale, former la saillie; tantôt dans le cas de fente double, une portion séparée de la mâchoire, pousse en avant le bouton moyen de la lèvre, comme on le voit (*Fig. 1*); quelquefois l'un des os maxillaires, incliné en arrière, présente en devant le rebord dentaire qui empêche la réunion; souvent une dent excédant le niveau des autres, y met un obstacle. On sent que dans cette dernière circonstance, il est toujours facile, en arrachant la dent saillante, de surmonter la difficulté. Mais si l'os maxillaire lui-même fait saillie, ce cas plus embarrassant a fait naître divers procédés.

XLVIII. La plupart des modernes (car les anciens n'osoient pas, dans ce cas, pratiquer l'opération), ont proposé & pratiqué l'excision préliminaire de la portion osseuse pro-éminente. Daniel Ludovic a fait cette opération pour faciliter seulement l'allaitement. Franco & Van Horne la recommandent; on trouve, dans les mémoires de l'académie de chirurgie, diverses obser-


Fig. I.
b
a
f
c
c
Fig. II.
p
p
t
t
Fig. IV.
i
i
Fig. III.
a
a
a
a
Fig. VI.

vations où cette pratique a été mise en usage par Gérard, Lafaye, &c. Mais il est rare que cette resection soit nécessaire ; toujours elle est très-douloureuse. Si on laisse entre elle & la réunion des lèvres un intervalle de temps, c'est une double opération. Pratique-t-on en même temps l'une & l'autre ? quelquefois une inflammation nuisible au recollement de la plaie en est la suite. Un vide plus ou moins considérable en résulte constamment, & alors les deux portions réunies de la lèvre, manquent à l'endroit de leur contact, d'un point d'appui favorable.

XLIX. Enfin un inconvénient reste encore à craindre, en supposant la réunion de la lèvre complétement achevée. Desault l'éprouva dans le temps où il suivoit encore la pratique que nous analysons.

OBS. V. Il fut consulté un jour pour un enfant qui portoit une difformité semblable à celle représentée (*Fig. 1*). Une éminence osseuse séparée par une double fente des os maxillaires, faisoit en devant une saillie qui rendoit impossible l'opération. L'expérience n'avoit point encore éclairé Desault, qui emporta, suivant la méthode ordinaire, toute la portion osseuse saillante. De-là résulta une très-grande fente, que le rapprochement des os maxillaires diminua peu à peu après l'opération. Au bout de trois mois elle avoit disparu, ne laissant qu'une légère trace de son existence ; mais le diamètre transversal de la mâchoire supérieure, diminué de toute la largeur du bouton saillant, ne correspondit plus à celui de la machoire inférieure, & il survint ce que l'on observe souvent chez les vieillards, l'emboîtement très-incommode pour la mastication, de la première dans la seconde mâchoire. Cet inconvénient, résultat évident d'une

perte de ſubſtance dans les os maxillaires ſupérieurs, changea ſur ce point la pratique de Deſault, & dès-lors il conçut que ſi, par une compreſſion préliminaire, on pouvoit rétablir le niveau perdu de la portion ſaillante, on auroit le double avantage d'éviter une douleur toujours fâcheuſe, & une incommodité plus fâcheuſe encore.

1. Les os maxillaires ſéparés l'un de l'autre, & par-là toujours moins ſolidement fixés, cèdent ſans peine à la force qui les repouſſe en arrière; la portion ſaillante ſouvent preſque iſolée, oppoſe peu de réſiſtance. Fondé ſur ces conſidérations, Deſault eſſaya ce moyen qui, depuis, lui a conſtamment réuſſi. Une ſimple bande, paſſant ſur la portion à déprimer, & retirée fortement en arrière, où on la fixoit de chaque côté, lui ſuffiſoit pour cette compreſſion, qu'il prolongeoit plus ou moins ſelon la réſiſtance des parties, & pour laquelle des moyens plus efficaces pourroient ſans doute être mis en uſage.

OBS. VI, (recueillie par Chorin). Marie Dehannes, âgée de cinq ans, fut reçue à l'Hôtel-Dieu le 7 ſeptembre 1790, pour y être opérée d'un bec-de-lièvre double, avec ſaillie du bouton moyen, repréſenté (*Fig. 1*), & dont on trouvera la deſcription dans l'explication de la planche.

La maſtication étoit difficile, & pendant la déglutition, une partie des alimens paſſant dans les narines, incommodoit beaucoup la malade, que l'expérience avoit habituée cependant à diminuer cet inconvénient, en ne prenant à la fois qu'une petite quantité d'alimens. Les ſons vocaux étoient aſſez diſtincts, mais l'habitude pouvoit ſeule rendre intelligibles les conſonans.

Pour mettre le bouton au niveau de la lèvre & déprimer la portion saillante des os maxillaires, on eut recours au moyen indiqué ci-dessus, & qui, dès le premier jour, eut un effet très-sensible. Il fut continué pendant dix-huit jours, époque à laquelle les parties, exactement de niveau, permirent de pratiquer l'opération, qui ne présenta rien de particulier, dans son exécution, & qui, quant à ses suites, offrit une réunion parfaite le dixième jour, & le rapprochement presque complet de la voûte palatine, au bout d'un certain temps. La difficulté de la déglutition & de la prononciation, se dissipa avec la cause qui l'entretenoit.

EXPLICATION

De la quatrième planche.

Fig. I. Cette figure représente le bec-de-lièvre compliqué, de la malade de l'observation VI.

a. Portion saillante de la mâchoire, large de six lignes.

b. Bouton arrondi & continu avec le bout du nez, formant la partie moyenne de la lèvre.

ff. Fente de trois lignes de largeur, séparant de chaque côté le bouton, avec les portions correspondantes de la lèvre.

cc. Angles arrondis de la division.

Fig. II. Suture entortillée vue sans le bandage. Entrecroisement en 8 de chiffres, du fil ciré autour des aiguilles.

pp. Pointes des aiguilles.

tt. Leur talon.

Fig. III. Bandage qu'employoit Desault, vu appliqué sur la suture.

c c, *c c*. Petites compresses placées sur la plaie.

d d, *d d*. Compresses épaisses destinées à pousser les joues en avant. (Elles sont dans cette figure, trop haut & trop en arrière).

b b. Portion de la bande unissante, passant sur la compresse des lèvres & sur celles des joues.

i i, *i i*. Bandelettes soutenant les compresses des joues.

ff. Fronde.

a a, *a a*. Tours de bande fixant tout l'appareil.

Fig. IV. Etat de la lèvre après la réunion.

Fig. V & VI. Forme & grandeur différentes des aiguilles.

REMARQUES

ET

OBSERVATIONS

S U R les maladies de la bouche.

§. I[er]. *Maladies de la mâchoire inférieure.*

OBS. I (1). *Fongus à la mâchoire inférieure.* Françoiſe Méton, âgée de 34 ans, d'un tempérament fort & robuſte, mais habituellement ſujette à des fluxions & à des maux de dents, fut attaquée, en 1790, de douleurs de tête violentes, qui durèrent pendant un certain temps, ſe diſſipèrent enſuite, & vinrent ſe fixer ſur le bras droit, où elles s'accompagnèrent d'un ſentiment de froid incommode. L'uſage des bains chauds, des tiſannes délayantes & légèrement diaphorétiques, ſemblèrent, pendant deux mois, calmer les douleurs qui, tout-à-coup, ſe portèrent au côté droit de la mâchoire inférieure, y devinrent fixes & tourmentèrent beaucoup la malade : en même temps une tumeur indolente, inſenſible, au tact, quoiqu'à ſon centre ſe rapportaſſent des élancemens continuels, s'éleva au-devant de la branche de ce côté, s'étendit peu à peu en dedans & en dehors. Les dents preſque toutes cariées,

(1) Recueillie par Seignette.

commencèrent à devenir vacillantes, & furent successivement arrachées à mesure que la douleur qu'elles occasionnoient, rendoit leur séjour insupportable; les gencives se tuméfièrent; la tumeur s'accrut, occupa la moitié de l'os, gêna la déglutition, l'articulation des sons, rendit douloureuse l'ouverture de la bouche, s'ouvrit, laissa échapper un peu de pus sanieux, & devint le siége de deux fistules, l'une en haut, l'autre en dehors; sur leurs orifices s'élevèrent des chairs fongueuses; en même temps l'os se caria au-dessous & au milieu de la tumeur; plusieurs de ses portions se détachèrent, vinrent sous la membrane interne de la bouche, donner naissance à de petits dépôts, qui, étant ouverts, leur livrèrent passage; l'haleine devint fétide, souvent insupportable.

Tel étoit depuis deux mois, l'état de la malade, lorsqu'elle vint à l'Hôtel-Dieu consulter Desault. Jusque-là, quelques boissons acidulées, l'usage extérieur des cataplasmes avoient formé tout son traitement. L'examen des parties montra un fongus s'élevant de dessus le côté droit de la mâchoire, s'étendant du lieu qu'occupe la dernière molaire, jusqu'à celui où se trouve, dans l'état naturel, la canine, s'élargissant d'arrière en avant, offrant près de trois pouces dans cette dimension, & se compliquant de la nécrose de la portion d'os subjacente, qu'on sentoit à nu avec un stylet, à travers les ouvertures fistuleuses.

L'extirpation étoit ici indiquée sous un double rapport; 1°. pour enlever la tumeur; 2°. pour extraire les portions osseuses mortes, & favoriser la formation d'une substance nouvelle. On y auroit sur-le-champ procédé, sans quelques causes locales, qui rendoient alors communes les éréspèles & même la pourriture

d'hôpital, eſpèces d'affections ſi funeſtes à la ſuite des grandes opérations : on laiſſa donc s'écouler un mois, pendant lequel deux portions nécroſées ſe détachèrent ; l'uſage continué des cataplaſmes au dehors, au dedans les délayans & par intervalles les évacuans furent les préparations de la malade, qui fut opérée le 19 fructidor, de la manière ſuivante :

1°. Elle fut aſſiſe ſur une chaiſe haute, à un beau jour, la tête appuyée ſur la poitrine d'une aide, dont les mains, croiſées ſur le front, l'aſſujettiſſoient. Deſault lui fit grandement ouvrir la bouche, & la maintint ainſi au moyen d'un corps placé du côté ſain entre les deux mâchoires.

2°. Il fit, avec un biſtouri concave ſur ſon tranchant & fixé ſur ſon manche, une inciſion ſemi-lunaire, qui, partant de la branche de la mâchoire pour ſe rendre aux inciſives, circonſcrivoit exactement la tumeur en dehors.

3°. Pour l'iſoler en dedans, la langue fut refoulée du côté oppoſé ; la pointe de l'inſtrument portée dans l'angle ſupérieur de la première diviſion, & dirigée en avant pour venir ſe rendre là où avoit fini la première.

4°. Par cette double inciſion, les parties molles ſe trouvoient exactement cernées. Pour enlever les portions oſſeuſes, Deſault ſe ſervit de l'inſtrument fort & épais, recourbé en forme de ſerpette, dont la deſcription ſe trouve à l'article des maladies du ſinus maxillaire, & qui, porté profondément dans l'une & l'autre inciſion, ſuivant ſa direction, iſola complétement la tumeur.

5°. Une hémorragie conſidérable ſurvint ; des bourdonets de charpie furent, pendant un inſtant,

portés sur les parties, afin de la suspendre; retirés ensuite, ils firent place au cautère actuel qu'on promena à plusieurs reprises sur toute l'étendue de la plaie, dans la double vue d'arrêter le sang & de détruire tout ce qui pouvoit être resté de la tumeur, à l'os ou aux parties molles.

6°. Des gargarismes rafraîchissans furent administrés en abondance, de peur d'une chaleur trop grande dans les parties.

7°. Le vide résultant de l'extirpation, fut rempli de charpie, & on eut soin que la tête de la malade se trouvât placée de manière à ce que la salive & le suintement de la plaie, s'écoulassent par la bouche, & ne tombassent pas dans les premières voies.

Le lendemain, nulles douleurs, peu de gonflement survenu; apparence d'un heureux succès: mais le cinquième jour, douleur de reins; dévoiement; en même temps gonflement des amygdales; déglutition gênée; fièvre; charpie de la bouche ôtée: le sixième, symptômes restés au même degré: le septième, dévoiement augmenté; douleur fixe, développée au côté gauche de la poitrine; gêne dans la respiration; émétique donné en lavage, sans nul succès: le huitieme, fièvre augmentée; érésypèle sur toute la face: le neuvième, frissons; sueurs; foiblesse générale: le dixième, mort.

OBS. II (1). *Nécrose de la mâchoire inférieure.* François Grais, âgé de 25 ans, fut attaqué, dans le mois de juin 1792, de douleurs aiguës à la mâchoire inférieure. Un chirurgien consulté brisa, en voulant l'arracher, l'avant-dernière molaire,

(1) Recueillie par Cagnion.

& abandonna enfuite le malade, que des douleurs plus vives & moins interrompues tourmenrèrent dès-lors. L'ouverture fpontanée d'un petit dépôt, près la dent canine, parut un peu les diffiper; mais bientôt elles fe renouvelèrent. Au travers l'ouverture de la tumeur, reftée fiftuleufe, s'établit un fuintement purulent; un gonflement confidérable occupa tout le côté gauche de la mâchoire; au bout de trois femaines, un nouveau dépôt fe forma fur le rebord de l'os maxillaire, à un pouce environ de la houppe du menton. Il fut ouvert par l'inftrument tranchant, & comme la précédente, l'ouverture refta fiftuleufe. Confulté de nouveau, le chirurgien prefcrivit force applications émollientes, fuppuratives, &c.; inutiles moyens: les fiftules reftèrent, le gonflement s'accrut fans que la peau y participât, gêna la maftication, la déglutition, & bientôt ne permit aux mâchoires qu'un écartement de près de fix lignes.

Tel étoit l'état de ce malade, lorfqu'il fe rendit à l'Hôtel-Dieu pour y être traité. La marche de la maladie, l'exiftence des deux fiftules conftamment entretenues, la tuméfaction de l'os, fans que la peau fût elle-même gonflée; l'ébranlement des dents correfpondantes, donnoient déjà, fur l'exiftence d'une nécrofe, de fortes préfomptions. Default en acquit la certitude, en portant à travers les ouvertures un ftylet, au moyen duquel il fentit le féqueftre immédiatement à nu. L'enlever, en incifant les parties molles, étoit la route la plus prompte pour arriver à la guérifon; nul danger n'étoit à courir. Default s'y détermina, & fans préparations ultérieures, pratiqua l'opération de la manière fuivante, le fur-lendemain de fon entrée à l'Hôtel-Dieu.

1°. Le malade étant assis sur une chaise un peu haute, la tête légèrement penchée en arrière, un aide écarta la commissure des lèvres, tandis que le chirurgien fit sur les gencives, avec un bistouri fixé sur son manche & concave sur son tranchant, deux incisions semi-lunaires, réunies à leurs angles, & dont le lambeau enlevé mit à découvert tout le côté externe de la portion d'os nécrosée.

2°. Les dents correspondantes au séquestre, & déjà mobiles, comme nous l'avons dit, furent enlevées avec une tige d'acier en forme de rondache.

3°. Les doigts, portés sur la portion nécrosée, en firent l'extraction avec facilité, après qu'une petite portion de partie molle en eût été séparée du côté interne. Elle étoit du volume d'une très-grosse noix.

4°. Le chirurgien s'assura, en portant de nouveau les doigts à l'endroit d'où il venoit d'enlever la portion affectée, si d'autres n'étoient point encore à extraire; une petite fut retirée.

5°. L'opération n'avoit été gênée ni par les cris du malade, peu de douleur en ayant été le résultat, ni par l'effusion du sang qui ne s'étoit écoulé qu'en petite quantité. Il fut donc inutile d'entasser dans la cavité osseuse des boulettes de charpie; on s'abstint de tout pansement, & on conseilla seulement à ce malade de se gargariser la bouche avec un mêlange d'eau & de vinaigre.

Le lendemain la cavité résultante de l'extraction du séquestre avoit diminué de près de la moitié; l'ouverture de la bouche, devenue beaucoup plus facile, rendoit la mastication moins gênée; nul accident ne survint; seulement un léger empâtement occupoit la partie des joues correspondante; les jours suivans, le

le ſuintement putulent des ouvertures fiſtuleuſes ſe tarit peu à peu ; de la cavité rétrécie s'échappa un pus d'abord ſanguinolent, bientôt blanchâtre & de bonne nature ; les bords ſe rapprochèrent ; une ſubſtance nouvelle remplaça la portion enlevée des gencives ; les dents environnantes qui vacilloient un peu, ſe raffermirent ; le malade ne fut privé que peu de jours de ſon régime ordinaire ; bientôt on l'y rendit, & un mois après l'opération, il ſortit parfaitement guéri.

§. II. *Maladies des voies ſalivaires.*

OBS. III (1). *Opération de la grenouillete, par exciſion.* Julienne Regley, âgée de 24 ans, portoit, ſous la langue, depuis ſon enfance, une tumeur molle, preſque indolente, qui s'étoit maintenue dans le même état juſqu'en 1790, qu'elle acquit tout-à-coup un volume ſi conſidérable, que peu attentif, un chirurgien l'auroit priſe pour la langue qu'elle refouloit en haut & en arrière, & dont elle gênoit ſingulièrement les mouvemens. Tel étoit l'état de cette malade lorſqu'elle ſe rendit à l'Hôtel-Dieu, en 1791. Il fut aiſé de reconnoître une grenouillete que l'opération pouvoit ſeule efficacement détruire ; Deſault la pratiqua ainſi :

1°. La malade étant aſſiſe ſur une chaiſe haute & fixée par des aides, on lui fit grandement ouvrir la bouche, & on la maintint ouverte au moyen d'un corps placé entre les molaires.

2°. Le chirurgien inciſa, avec un biſtouri, de

(1) Recueillie par Hernu.

derrière en devant, le côté droit de la tumeur, le long du frein de la langue.

3°. Toute la partie supérieure du kiste fut excisée avec des ciseaux introduits par la première ouverture; les parois en furent enlevées le plus exactement possible.

4°. Une matière blanchâtre, grumelée, & d'une odeur insupportable, s'échappa de la poche ainsi découverte.

5°. Une légère hémorragie, survenue pendant l'opération, fut arrêtée en tamponant la plaie avec de la charpie.

Le lendemain, gonflement considérable manifesté aux joues & au bord de la plaie; application extérieure d'un cataplasme émollient; gargarisme d'eau d'orge & de miel rosat. Les jours suivans, diminution sensible dans l'engorgement; suppuration d'abord sanieuse, bientôt louable: le sixième jour, pus redevenu sanieux; chaleur, sécheresse de la peau; dégoût; amertume de la bouche; appareil des symptômes gastriques; boisson émétisée, répétée deux fois; prompte disparution des accidens; dès-lors, progrès rapides de la cicatrice: le quinzième jour, petite ouverture restée seulement à la partie supérieure de la plaie, pour l'excrétion de la salive; sortie de la malade bien guérie.

OBS. IV (1). *Fistule salivaire du conduit de Stenon, guérie par la compression.* Un homme fut frappé, en se battant, d'un coup de fragment de bouteille, qui lui fit au niveau de l'origine du conduit salivaire, une plaie longitudinale, d'un pouce

(1) Extraite des leçons de Desault.

& demi environ de profondeur. Beaucoup de ſang ſortit à l'inſtant ; il fut arrêté par un bandage compreſſif, & le malade vint le jour même à l'Hôtel-Dieu. Default, à ſa viſite du ſoir, enleva l'appareil qu'on avoit appliqué, remplaça, par la ligature des petites arteres coupées, la compreſſion qu'il exerçoit ſur elles, afin d'éviter l'irritation, l'inflammation des parties, par ſuite leur abondante ſuppuration, & la difformité de la cicatrice, auxquelles ce dernier moyen d'arrêter les hemorragie donne ſouvent lieu. Un panſement ſuperficiel & à ſec, fut enſuite employé. Les jours ſuivans on le renouvela régulièrement ; peu à peu les ligatures tombèrent, la première, le cinquième jour, la dernière, le douzième. A cette époque la cicatrice, très-avancée aux extrémités de la plaie, laiſſoit, au centre, une petite ouverture, à travers laquelle s'échappoit un fluide ſéreux, dès que quelques mouvemens étoient imprimés à la mâchoire ſupérieure.

On preſcrivit au malade de s'abſtenir de parler ; les alimens liquides lui furent ſeuls permis : dès-lors le ſuintement ceſſa, & la cicatrice parut s'achever ; mais au bout de quinze jours, quelques alimens ſolides lui ayant eté donnés, le ſuintement recommença, ſouleva une pellicule formée au centre de la cicatrice, & etablit une fiſtule, pour laquelle le repos conſtant des mâchoires & la compreſſion ſur le conduit de Stenon, furent vainement mis en uſage pendant un mois. L'ouverture de ce conduit étant certaine, le ſeul moyen de la fermer, conſiſtoit à empêcher le paſſage de la ſalive ; Default, pour y parvenir plus efficacement que par le mode compreſſif juſque-là adopté, eut recours à la compreſſion exercée ſur la glande.

N 2

Plusieurs compresses graduées furent entassées dans l'espace compris de haut en bas, entre l'oreille & l'angle de la mâchoire inférieure, d'avant en arrière, entre le bord antérieur du masseter & l'apophyse mastoïde. On les soutint par une bande dont les jets perpendiculaires, passant d'abord sous le menton & au sommet de la tête, furent croisés par d'autres, horizontalement dirigés du front à la nuque. Tout mouvement de la mâchoire fut interdit. Chaque jour le bandage relâché, étoit de nouveau appliqué avec un degré de plus de constriction. Continué pendant un mois, ce moyen affaissa la glande, empêcha ses fonctions. La salive ayant cessé de couler par l'ouverture du conduit, la fistule se ferma; une solide cicatrice occupa toute la partie; au bout de trois mois il n'en restoit qu'une légère trace, jointe à un enfoncement un peu sensible, correspondant au niveau de la glande affaissée par la compression.

REMARQUES. La méthode de la compression dans le traitement des fistules salivaires du conduit de Stenon, se divise en deux procédés relatifs au lieu où s'exerce cette compression. En effet, on y a recours, 1°. dans la vue de suspendre, seulement pendant un temps, le passage de la salive à travers le canal, afin que son écoulement n'empêche pas la cicatrisation; 2°. pour empêcher la sécrétion dans la glande qu'on affaisse & qu'on prive ainsi pour toujours de ses fonctions. Dans le premier cas, les moyens compressifs doivent être appliqués entre la fistule & la glande : dans le second, il faut qu'ils correspondent à la glande elle-même. En général, ce dernier mode de compression, dont l'observation précédente nous offre un exemple, a sur l'autre de grands avantages; son effet est plus assuré;

moins de difficultés l'accompagnent; aucun danger n'en résulte; ne craignez pas que par elle la salive, moins abondamment séparée, apporte du trouble dans la digestion. La parotide du côté opposé, les autres glandes salivaires suppléent aux fonctions de celle qu'on affaisse, en augmentant leur sécrétion. Peut être aussi la nature peut-elle se passer d'une partie de la salive qui humecte ordinairement la bouche : ce qui le prouve, c'est qu'une partie est rejetée au dehors; de-là la place qu'occupe ce fluide parmi ceux qu'on nomme excrémens-récrémenticiels. Voyez d'ailleurs les animaux à qui ces glandes sont emportées dans nos expériences; la digestion s'opère-t-elle par la suite moins bien chez eux? Enfin l'expérience, seul arbitre de nos procédés opératoire, est évidemment favorable à celui-ci. Il convient exclusivement quand le canal est obstrué; lorsqu'il est libre, on peut préliminairement employer l'autre mode de compression, & ne recourir à celui-ci, que lorsqu'il manque de succès, comme cela arrive presque constamment. De-là la pratique de Desault, qui, même dans le cas où il étoit sûr de la liberté du canal, a eu souvent recours tout de suite à l'affaissement de la glande. Passons aux autres méthodes de guérir les fistules salivaires, où la chirurgie lui doit quelques progrès.

OBS. V. *Fistule salivaire, guérie par un conduit artificiel.* Marguerite D***, âgée de 37 ans, portoit depuis cinq ans, sur le trajet du conduit de stenon, une tumeur du volume d'une petite noix, percée antérieurement d'une ouverture fistuleuse, d'où s'écouloit, par intervalle, un fluide séreux & limpide. Cette tumeur avoit succédé à un coup de bâton reçu sur la joue, où une large échymose s'étoit d'abord

manifestée, avoit peu à peu disparu, laissant après elle, cette tumeur & une douleur habituelle. Lorsque la malade restoit quelque temps sans exercer de grands mouvemens de la mâchoire, une croûte se formoit sur l'orifice fistuleux, le bouchoit & le suintement cessoit; mais bientôt on le voyoit de nouveau reparoître, dès que des alimens solides étoient pris en quantité plus grande que de coutume.

Tel étoit l'état de la malade lorsqu'elle vint à Paris, en 1793, pour y être traitée. Le chirurgien à qui elle s'adressa, incisa la tumeur suivant la direction du canal, donna issue à la matière qu'elle contenoit, scarifia la poche dans toute son étendue, y promena le cautère potentiel, & exerça ensuite une compression graduelle tout le long du conduit. Ce mode de traitemenr parut avoir, pendant quelques jours, un résultat heureux. Mais bientôt le suintement recommença, précéda même la chute complète de l'escarre; la compression devint douloureuse & la malade ne put la supporter. Alors on chercha à rétablir le conduit naturel; un stylet fut porté dans sa portion qui correspondoit à la bouche, & qui, trop rétrécie, refusa de l'admettre, quelque grêle qu'il fût. Deux moyens restoient donc seuls, 1°. faire la compression non sur le trajet du conduit, comme on l'avoit pratiqué jusques alors, mais sur la glande elle-même afin de l'affaisser, d'empêcher la sécrétion de la salive, & par-là même son écoulement; 2°. ouvrir à ce fluide un passage artificiel dans la bouche. Appelé en consultation, Desault conseilla de tenter préliminairement le premier moyen. Un bandage analogue à celui décrit dans l'observation précédente, fut employé dans cette vue; mais l'extrême sensibilité du malade, plus

encore ſon impatience, ne permirent d'en continuer l'uſage que peu de temps, & il fallut avoir recours au ſecond procédé que Deſault exécuta de la manière ſuivante :

1°. Le malade étant aſſis ſur une chaiſe haute, la tête appuyée contre la poitrine d'une aide, il introduiſit dans la bouche, deux doigts de la main gauche, qui, placés vis-à-vis la fiſtule, entre la rangée dentaire & la joue, ſervirent en même temps à tendre les tégumens & à garantir les gencives de la pointe de l'inſtrument.

2°. Il prit, de la main droite, un trois-quart ordinaire à hydrocèle, armé de ſa canule, en porta la pointe au-devant de l'ouverture de la portion poſtérieure du conduit, que le ſuintement rendoit ſenſible, l'enfonça dans cet endroit, en la dirigeant un peu en avant.

3°. Un aide fut chargé de fixer la canule, pendant que le chirurgien en retira le poinçon, & fit paſſer enſuite un fil, à travers, dans l'intérieur de la bouche.

4°. La canule fut retirée. Au fil paſſé dans la bouche, fut attaché un ſeton qu'on entraîna de dedans en dehors, de manière à ne pas l'amener entre les bords de l'ouverture extérieure, où le fil paſſa ſeulement, & fut enſuite fixé ſur la joue par un emplâtre agglutinatif.

5°. La plaie extérieure fut panſée avec de la charpie ſurmontée de quelques compreſſes imbibées d'eau végéto-minérale.

Le lendemain un peu de gonflement s'étoit manifeſté, effet probable de l'opération, qui, cependant n'avoit été nullement douloureuſe. Bientôt il ſe

dissipa ; des chairs vermeilles s'élevèrent de la plaie ; trop saillantes elles furent cautérisées. Le douzième jour, la cicatrice fermée à la circonférence, ne laissoit au milieu qu'un petit trou pour le passage du fil. Chaque jour on avoit la précaution de changer le seton, en le grossissant un peu, & avec l'essentielle précaution de ne point l'amener entre les bords de la plaie, qui, elle-même étoit recouverte d'un emplâtre agglutinatif, afin d'empêcher le passage de la salive. Tout mouvement trop considérable des mâchoires étoit interdit. On ne permit long-temps que des alimens liquides : le trentième jour, il n'y avoit plus à l'extérieur qu'un suintement à peine sensible : le quarante-quatrième, le seton fut supprimé ; on laissa encore le fil jusqu'au cinquantième, époque à laquelle on l'enleva, avec la précaution de cautériser la petite ouverture extérieure restée pour son passage. Bientôt elle fut cicatrisée, & trois mois après l'opération, la malade quitta Paris très-bien guérie.

REMARQUES. L'ouverture d'un conduit artificiel est un des moyens les plus anciennement usités pour guérir les fistules salivaires. Chaque auteur a eu sa méthode de le pratiquer, & une foule de variations se sont rencontrées soit dans l'instrument employé à percer la joue, soit dans le corps destiné à entretenir l'ouverture. Pour le premier temps de l'opération, tantôt nous voyons les chirurgiens employer un fer rougi au feu, comme Saviard nous en a conservé un exemple ; tantôt une alêne, comme Monro le pratiquoit ; tantôt un simple bistouri, une lancette ; quelquefois une aiguille droite qui entraîne après elle le fil ; mais le trois-quart employé par Desault

mérite en général la préférence, parce que restée dans la plaie, la canule sert, après que le poinçon a été retiré, à passer le fil, qui, par les autres procédés, ou est très-difficile à introduire, ou nécessite l'emploi de divers instrumens qui compliquent l'opération.

Pour le second temps de l'opération, ou pour entretenir l'ouverture dilatée, les canules ont été mises en usage par Duphénix, qui faisoit, sur elles, un point de suture; moyen en général défectueux, parce que, outre l'inconvénient d'un corps solide qu'il laisse dans les parties, il offre celui de ne pouvoir assujettir convenablement l'instrument, qui est sans cesse exposé à glisser dans la bouche. Le seton, espèce de filtre pour l'humeur salivaire, mérite donc la préférence. Monro l'avoit reconnu; mais en voyant le bien, ce chirurgien célèbre a erré sur la manière de le faire. Son seton, également épais dans toute son étendue, passant à travers les deux ouvertures interne & externe, & venant se nouer sur la joue, étoit, ou assez gros pour dilater suffisamment le conduit artificiel, & alors écartant les bords de la plaie extérieure, il retardoit sa cicatrisation; ou assez mince pour ne procurer qu'un léger écartement, & alors la dilatation n'étoit pas suffisante. La manière dont ce seton a été placé dans l'observation précédente, évite ce double inconvénient. Simple fil, en dehors, il laisse la plaie se cicatriser, tandis qu'épais en dedans, il entretient le conduit, & lorsqu'il est suffisamment formé, que la salive est habituée à passer à travers, un point seul est à cicatriser sur les joues; il ne faut pas perdre encore un temps très-long pour la guérison. Ainsi dans la fistule lacrymale, suivant le procédé de Desault, la plaie est-elle presque

guérie au dehors, lorſque la dilatation du canal eſt achevée.

§. III. *De la reſciſion & de la ligature des amygdales & de la luette.*

Les amydales deviennent, comme tous les autres organes voiſins de l'arrière-bouche, le ſiége fréquent de divers engorgemens variables dans leur nature comme dans leurs réſultats. Les uns rapides dans leur marche, ſpécialement obſervés chez les perſonnes d'un tempérament ſanguin, chez les jeunes gens, chez ceux qui s'adonnent à de pénibles travaux, portent eſſentiellement le caractère inflammatoire; plus tardifs dans leurs progrès, d'autres ſe manifeſtent dans les temps humides & froids, s'attachent aux tempéramens pituiteux, & participent plus ou moins à l'affection catharrale; d'autres enfin ordinairement contagieux, paſſent promptement à l'état gangreneux, s'étendent quelquefois aux organes voiſins, & preſque toujours, ſont plus ou moins funeſtes au malade. De-là les diverſes angines, inflammatoire, catharrale & gangreneuſe. La réſolution termine ſouvent les deux premières, mais ſouvent la ſquirroſité de la glande tuméfiée leur ſuccède, gêne la reſpiration, la déglutition, & néceſſite leur ligature ou leur reſciſion, unique reſſource dans la dernière eſpèce d'angine. Examinons cette double opération.

La rescision de l'amygdale engorgée étoit pratiquée par les anciens de différentes manières; tantôt ils déchiroient avec les doigts, la membrane qui la recouvre, l'arrachoient enſuite de la place qu'elle occupe, entre les pilliers du voile du palais; tantôt, lorſque trop de

résistance se rencontroit, ils alloient la saisir avec un instrument recourbé en crochet & l'emportoient ensuite avec le bistouri que Paul d'Egine nous dit être concave du côté qui répond à la langue.

Timides long-temps dans l'emploi de ces deux procédés, les modernes leur en substituèrent de plus cruels. Le cautère actuel fut proposé, & quelques succès obtenus par son moyen, en accréditèrent un instant l'usage; les caustiques le remplacèrent; mais bientôt l'inconvénient de ne pouvoir en borner l'effet, le danger de leur chute dans l'ésophage, les firent disparoître d'une pratique rationnelle. Alors fut reproduite la rescision, qu'on fit tantôt à la méthode des anciens, tantôt avec des ciseaux recourbés sur leur plat, avec un bistouri également courbe sur ses faces, quelquefois au moyen des ciseaux concaves de Levret. A l'érigne simple des anciens fut substituée une pince à double érigne. Chacun varia au gré de son génie le choix des instrumens; simple & facile en un temps, cette opération fut faite en plusieurs. Enfin aujourd'hui la manière ordinaire de la pratiquer, est celle-ci. Le malade étant assis convenablement, le chirurgien lui fait ouvrir grandement la bouche, abaisse la langue avec une plaque quelconque qu'il confie ensuite à un aide, prend une érigne, saisit avec elle l'amygdale, porte sur elle un bistouri ordinaire fixé sur son manche, au moyen d'une bandelette qui ne laisse à découvert que la moitié de la lame, coupe la quantité qui doit être retranchée, (ordinairement c'est au niveau des piliers du voile du palais), reporte de nouveau l'instrument si tout n'a pas été enlevé, & quand l'opération est achevée, il prescrit à la malade de se gargariser fréquemment la bouche avec une boisson appropriée.

Ce procédé eſt ſimple, facile; il fut long-temps celui de Deſault; mais un reproche lui eſt applicable; portée profondément dans la bouche, l'extremite de l'inſtrument peut bleſſer quelques parties, non comme on l'a dit, la carotide interne que ſa ſituation reculée met à l'abri, mais la membrane palatine, dans un lieu autre que celui où elle répond aux amygdales; crainte d'autant mieux fondée, ſur tout quand l'inſtrument eſt tenu de la main gauche, comme quand on opère à droite, qu'à l'inſtant où avec l'érigne, on ſaiſit la glande, tout le goſier ſe ſoulève; un ſpaſme général ſemble affecter toutes les parties de la bouche. C'eſt pour éviter cet inconvénient, que Deſault imagina d'appliquer à la reſciſion de ces glandes, un inſtrument d'abord inventé pour couper les kiſtes de la veſſie; & dont la planche 5 offre la figure; c'eſt une lame tranchante, renfermée dans une gaîne d'argent, qui, échancrée à ſon extrémité, y reçoit & fixe la glande à extirper. Les inſtrumens ajoutés à celui-ci, ſont, pour l'opération, les mêmes que dans le cas précédent. Le procédé eſt celui ci.

1°. Le malade étant aſſis ſur une chaiſe haute, la tête appuyée ſur la poitrine d'un aide, le chirurgien lui fait grandement ouvrir la bouche, & pour la maintenir ainſi, place entre les dents un corps ſolide quelconque, que l'aide aſſujettit.

2°. La langue eſt abaiſſée avec une plaque de métal qu'un autre aide retient.

3°. Le chirurgien ſaiſit, avec une érigne double, la glande qu'il tire à lui en la ſoulevant un peu, prend le kiotome, engage l'indicateur & le doigt du milieu, dans les anneaux (*vv*), le pouce dans l'anneau (*c*), le fait gliſſer ſous elle, cherche à l'engager dans l'échan-

crure atrondie (y), au niveau de l'endroit où doit répondre la section.

4°. Lorsque la portion à exciser est engagée, il la tire davantage à lui pour la tendre, presse contre elle de bas en haut l'instrument, pousse sa lame, qui, en traversant l'échancrure, opère la section; si elle n'est pas complète, ce qui arrive sur-tout quand le volume de la tumeur est considérable, la lame est retirée, & le kiotome reporté dans la plaie même qu'il vient de faire, finit la section. N'est-elle pas encore achevée? une troisième tentative est réitérée.

5°. On fait laver la bouche du malade, & on lui prescrit un gargarisme quelconque. Ainsi pratiquée l'opération est aussi simple, aussi facile & plus sûre que dans dans le cas précédent. Telle est la disposition de la lame du kiotome, que lorsqu'elle traverse l'échancrure, elle pousse & fixe solidement les parties à diviser; avantage que n'ont ni les ciseaux, ni le bistouri, devant lesquelles ces parties fuyent lorsqu'elles sont mobiles. De-là la difficulté de leur section. L'introduction de l'instrument est-elle difficile en bas? retirez-le : portez-le en haut, en tournant l'échancrure en sens opposé; mais en général, la première manière de couper est préférable, parce que la glande à moitié divisée, ne peut point alors se renverser, & menacer d'une prompte suffocation, par l'oblitération de la glotte, comme l'ont éprouvé Wiseman & Moscati. Louis a essayé de prévenir cet inconvénient en conseillant l'usage du bistouri ordinaire, tel que nous décrivons celui du kiotome, c'est-à-dire le tranchant dirigé en haut; mais, plus sûr & plus facile, le kiotome doit être préféré : à l'avantage de fixer, en les coupant, les parties molles, il réunit

celui de ne point les contondre, comme la plupart des inſtrumens de cette nature, tels que les ciſeaux par exemple; la diſpoſition oblique de ſa lame, fait qu'elle les diviſe en ſciant.

C'eſt, il eſt vrai, un inſtrument ajouté à l'arſenal de chirurgie; mais il n'eſt point excluſivement applicable à une opération en particulier; ſon domaine comprend avec la reſciſion de l'amygdale, celle de la luette, la ſection des brides de l'inteſtin rectum, du vagin, de la veſſie, l'amputation des excroiſſances fongueuſes, des polypes du nez par exemple, ſi ce mode de les enlever etoit préféré à l'extirpation, & en général des differentes tumeurs qui naiſſent profondément dans les cavités, où nos inſtrumens portés au haſard, peuvent intéreſſer des parties à reſpecter, où la baſe de la tumeur expoſée à fuir devant le biſtouri, doit être fixée pendant que la ſection s'en opère; uſage que les ciſeaux n'y peuvent remplir ſans danger. La tumeur à emporter eſt-elle trop volumineuſe, pour que ſa baſe ſoit contenue dans l'échancrure ? après avoir coupé une portion, on y en engage une autre & on réitère le même procédé juſqu'à ce que la ſection ſoit complète. J'aurai occaſion, dans la ſuite de cet ouvrage, d'expoſer ces diverſes applications du kiotome; mais ici ſe place celle relative à la luette.

Lorſqu'une affection quelconque a augmenté le volume de cet appendice, au point de gêner la déglutition, d'occaſionner à la baſe de la langue un incommode & pénible chatouillement, de mettre obſtacle à la prononciation des ſons, emporter ſa portion ſuperflue eſt la ſeule reſſource de l'art: pour y parvenir, Celſe recommande de la ſaiſir avec des pinces, & de

l'excifet enfuite inférieurement, procédé long-temps en ufage, remplacé enfuite par la cautérifation, puis par la ligature, renouvelé & exécuté au moyen de divers inftrumens mécaniques trop longs à rapporter ici, enfin reproduit tel que Celfe l'avoit propofé & adopté ainfi, à quelques corrections près, par Sabattier, qui, pour la fection emploie les cifeaux concaves de Levret : mais leurs mords horizontalement rapprochés l'un contre l'autre, coupent en contondant les parties, inconvénient qu'évite, comme je l'ai fait obferver, l'obliquité de la lame du kiotome. Avec ce dernier inftrument, l'opération eft toujours facile: 1°. faifir la luette à fon extrémité inférieure avec une pince, la tendre, en la portant en devant; 2°. engager cet appendice dans l'échancrure de l'inftrument, au niveau de l'endroit où doit être faite la fection; 3°. lorfqu'elle eft engagée, pouffer la lame qui coupe en la fixant, la portion fuperflue; tels font les détails du procédé opératoire.

Il eft rare qu'une hémorragie inquiétante réfulte de la refcifion des amygdales ou de la luette; un fuintement utile au dégorgement des parties fe manifefte feulement; n'employez rien pour l'arrêter; bientôt il ceffe; le malade fe gargarife la bouche, & au bout de peu de temps la confolidation eft achevée.

La ligature des amygdales engorgées ne convient en général qu'aux malades pufillanimes qui fe refufent à la refcifion, ou fur lefquels la crainte pourroit avoir des fuites funeftes à cette opération. Plus long que le premier, ce moyen n'eft pas moins douloureux; toujours plus d'irritation en réfulte. Mofcati l'ayant un jour employé, une douleur aiguë, une inflammation confidérable furvinrent; la difficulté d'avaler

& de respirer forcèrent de retrancher la tumeur à l'endroit de la ligature, & tous les accidens se dissipèrent à l'instant. D'un autre côté on n'a point, en employant ce procédé, ce suintement sanguin que fournit l'extrémité des vaisseaux coupés, & qui est si favorable au degorgement de la partie. D'ailleurs, le plus communément, la base de la tumeur plus large que son sommet, ne permet pas de l'embrasser par l'anse de fil. Un pédicule étroit la soutient-il? il est si facile alors de l'emporter, en plaçant ce pédicule dans l'échancrure du kiorome; si peu de douleur en est l'effet, que toujours ce moyen est préférable. La ligature a eu cependant ses partisans; Heister la loue en certains cas; Sharp la recommande; plusieurs autres auteurs l'ont admise, & ici les procédés ont varié comme le génie inventif de leur auteur. Les uns se servent du double tuyau de Levret, portant une anse de fil d'argent, dans laquelle on engage la tumeur, & qu'on serre ensuite par un mouvement de torsion, qui, chaque jour répété, y intercepte enfin la circulation & la vie, & en occasionne la chûte. Les autres, après avoir placé une anse de fil de Bretagne sur un érigne, vont accrocher l'amygdale, font glisser l'anse le long de l'érigne, jusque sur la glande engorgée qu'ils étranglent sans moyen propre à augmenter chaque jour la constriction. D'autres, pour porter l'anse sur la tumeur à lier, ont recours à l'instrument de Bellocq; quelques-uns rejettent tout instrument, & se contentent de leurs doigts. Glissons sur de plus amples détails historiques, & remarquons seulement qu'un double inconvénient général est applicable à ces divers procédés. Les uns ne permettent

permettent pas d'augmenter graduellement ce degré de la conſtriction, &c. ſont ſous ce rapport preſque toujours inſuffiſans. Il eſt rare, en effet, qu'il ne faille pas en venir là, & alors une nouvelle ligature doit être portée ſur la tumeur. Les autres, n'offrant pas ce déſavantage, ont ceux de laiſſer dans la bouche un corps trop volumineux, qui gêne par ſa préſence, & lorſqu'on emploie un fil d'argent, comme je l'ai indiqué, d'être expoſé à manquer par la rupture de ce fil, rupture qui, ſouvent inévitable dans les torſions ſucceſſives qu'il éprouve, néceſſite une opération nouvelle, plus douloureuſe que la première. Deſault, pour obvier à ces inconvéniens, avoit imaginé d'appliquer à la ligature des amygdales, ſon ſerre-nœud deſtiné à celle des polypes, du nez, du vagin, du rectum, &c., inſtrument que nous décrirons à l'article de cette ligature, & dont on y trouvera la figure. Simple tige d'argent, il préſente peu de volume, reçoit un fil de Bretagne qui n'eſt pas ſujet à ſe rompre, & que par ſon moyen on ſerre à volonté. Le procédé eſt celui-ci :

1°. Le malade étant aſſis ſur une chaiſe haute, la tête renverſée ſur la poitrine d'un aide, le chirurgien lui fait grandement ouvrir la bouche, abaiſſe la langue, & accroche avec une érigne double la glande à lier.

2°. Il prend le ſerre-nœud dans lequel a été paſſé un fil de Bretagne, de manière à former une anſe ſupérieurement, engage cette anſe ſur l'érigne qu'il confie à un aide, & la fait gliſſer juſque ſur la glande qu'il embraſſe exactement.

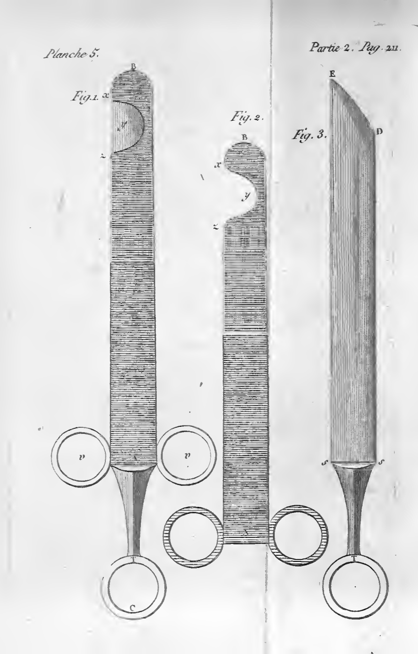
3°. Il retire fortement le fil à lui, & en même

temps pousse en avant le serre-nœud qui étrangle la tumeur au degré qu'il juge convenable. En général, le premier jour, il faut peu serrer.

4°. La constriction étant suffisante, on retire l'érigne. Le fil est entortillé à l'échancrure inférieure du serre-nœud, & on abandonne le malade.

5°. Le lendemain, la glande est devenue plus volumineuse qu'à l'ordinaire, parce que le sang veineux n'a pu en revenir. On dégage le fil de l'extrémité du serre-nœud; on le retire à soi pour augmenter la constriction; on entortille de nouveau le fil, lorsqu'elle est suffisante, & ainsi de suite, jusqu'à la chûte de la tumeur, qui arrive ordinairement au quatrième ou cinquième jour.

Si, pour retrancher la portion superflue de la luette devenue squirreuse, on préféroit la ligature à la rescision, moyen toujours plus facile, plus simple, moins douloureux & plus prompt, le même instrument pourroit encore servir; & ici la manière de l'employer seroit encore la même. Sur l'érigne qui auroit accroché l'extrémité de cette appendice, on glisseroit l'anse du serre-nœud, qui portée sur elle, en opèreroit la constriction, laquelle seroit chaque jour graduellement augmentée, jusqu'à la séparation. Ce moyen est plus simple que ceux que l'on trouve décrits dans Paré, Fabrice de Hilden, Scultet, &c.; mais en général, comme je l'ai dit, préférez toujours, lorsqu'elle est possible, la rescision à la ligature.


Fig. 1.
B
x
y
z
v
v
T
C
Fig. 2.
B
x
y
z
Fig. 3.
E
D
s
s
T

EXPLICATION

De la cinquième planche.

Fig. I. Kiotome vu dans ſon entier.

A B. Gaîne d'argent qui reçoit la lame.

v v. Anneaux ſoudés à la gaîne.

y. Portion de la lame, vue à nu dans l'échancrure.

A T C. Tige d'acier terminée par un anneau, & ſervant de manche à la lame.

B C. Longueur totale de l'inſtrument, 9 pouces.

Fig. II. Gaîne du kiotome, vue ſéparée de la lame.

x y z. Echancrure demi-circulaire de 9 lignes de diamètre.

A B. Longueur totale de la lame, 6 pouces 4 lignes; largeur près des anneaux, 8 lignes, près l'échancrure, 7 lignes.

B x. Diſtance de l'extrémité à l'échancrure, 7 lignes.

Fig. III. Lame du kiotome, vue ſans ſa gaîne.

E s, D s. Côtés émouſſés de la lame, plus minces que ſon milieu.

D E. Tranchant de la lame, obliquement dirigé, de 10 lignes de long.

s s. Rebord ſaillant pour empêcher la lame d'entrer trop avant dans la gaîne.

E s s. Longueur de la lame, 18 lignes.

T s s. Tige d'acier terminée par un anneau, ſoutenant la lame, dont la largeur eſt de 7 lignes & demie près la tige, de 6 près le tranchant.

MÉMOIRE

SUR la bronchotomie & sur les moyens d'y suppléer en certains cas.

§. Ier.

1. La vie, espèce de combustion lente du principe vital, reçoit le double aliment qui l'empêche de s'éteindre à travers deux tuyaux adossés ; l'un membraneux & cartilagineux, conducteur continuel d'un fluide continuellement nécessaire, l'autre purement membraneux, conducteur par intervalle des solides & des liquides, matières de la digestion. La mort est le résultat certain de l'oblitération de tous deux ; mais plus prompte dans le premier, elle demande des secours plus actifs. Ces secours consistent en général à établir un passage artificiel, pour suppléer au défaut de celui qui est naturel. Or ce passage peut être de deux sortes : 1°. une ouverture pratiquée à la trachée artère, avec l'instrument tranchant ; 2°. l'introduction dans ce conduit, d'un tube à travers lequel s'échappe l'air. Le premier de ces moyens universellement employé, ne l'est pas toujours de la manière la plus favorable ; le second, peu connu, n'appuie encore que sur quelques succès obtenus par Desault dans les dernières années de sa pratique, & par quelques-uns de ses élèves.

II. Mon objet eſt donc dans ce mémoire, 1°. de déterminer les cas qui exigent la bronchotomie, & ceux où l'on pourroit ſuppléer à cette opération, par l'uſage des ſondes élaſtiques; 2°. de démontrer, en ſuppoſant indiqué l'uſage de ces ſondes, & la manière de les introduire, & la poſſibilité de leur ſéjour dans la trachée artère; 3°. d'indiquer la méthode la plus avantageuſe d'ouvrir le canal aërien, dans le cas où la bronchotomie eſt inévitable.

§. II. *Des cas qui exigent la bronchotomie, & de ceux où on peut y ſuppléer par l'introduction des ſondes élaſtiques.*

III. On peut rapporter à deux claſſes générales les cas où la bronchotomie a été propoſée par les auteurs. 1°. Ceux où la ſeule indication eſt de donner paſſage à l'air; 2°. ceux où, à cette indication, ſe joint celle d'extraire un corps quelconque de la trachée-artère ou du larinx, ou ſeulement d'en mettre à découvert les parois.

IV. La première claſſe comprend la ſubmerſion, les différentes eſpèces d'angines, le développement d'une tumeur entre l'œſophage et la trachée-artère, ou au-devant de cette dernière, la préſence d'un corps étranger dans le premier de ces conduits, les plaies profondes du col: à la ſeconde ſe rapportent l'introduction d'un corps étranger dans les voies aëriennes, ſoit par une plaie, ſoit par la glotte, le développement de certaines tumeurs dans les mêmes voies, la carie des cartilages du larinx. Jettons un coup d'œil ſur chacun de ces cas, non pour approfondir l'hiſtoire des affections qu'ils

presentent, mais seulement pour les considérer sous le rapport de l'operation, ou de l'introduction des sondes.

v. *Première classe des cas de la Bronchotomie.* Les recherches des modernes, de Louis en particulier, ont prouvé que les noyés ne perissent point, comme l'avoit avancé Detharding, par l'abaissement de l'épiglotte sur la glotte, abaissement qui empêcheroit toute communication de l'air extérieur avec le poumon; qu'au contraire l'ouverture de la trachée-artère, constamment libre chez eux, laisse pénétrer dans les bronches l'eau qui les remplit, qui se mêle à la mucosité dont leur membrane est enduite, à l'air qu'elles contiennent encore, & s'oppose par-là aux fonctions de l'organe. D'où il suit que la bronchotomie ne sauroit ici être indiquée pour donner issue à l'air, comme le croyoit Détharding. Mais on pourroit demander si elle ne seroit pas avantageuse pour favoriser l'écoulement de l'eau. Jamais; car de deux choses l'une : ou l'action du poumon & des intercostaux est encore assez forte, & alors le liquide sera expulsé par elle à travers l'ouverture naturelle constamment ouverte; ou, ce qui est le plus ordinaire, cette action est trop affoiblie, & dans ce cas, elle seroit aussi insuffisante pour chasser l'eau par une voie artificielle, que par celle qui est naturelle. D'ailleurs l'état écumeux où cette eau se trouve alors, son mêlange à l'air, au mucus, présenteroit un autre obstacle, auquel se joindroit encore le danger inutile à courir, de l'écoulement du sang dans le canal aërien.

vi. Quelques-uns ont conseillé l'insufflation de différens fluides aëriformes, pour ranimer le ton & la force des poumons; mais il est douteux que le résultat fût avantageux; Desault n'a, sur ce point,

aucune expérience. En ſuppoſant au reſte qu'on voulût en tenter les haſards, l'ouverture de la trachée-artère préliminairement recommandée par les auteurs pour introduire la canule, ſeroit inutile, les paſſages naturels à travers les foſſes nazales ſuffiſant toujours, comme je le dirai (XLVII-LIII).

VII. Les angines préſentent en général une foule de variétés relatives ſur-tout à leur nature, inflammatoire, bilieuſe, ſéreuſe, catharrale, &c. variétés étrangères à mon objet. Il ſuffit ici de ſavoir que preſque toutes s'accompagnent d'une tuméfaction plus ou moins conſidérable des parties qu'elles affectent, tuméfaction dont les accroiſſemens plus ou moins rapides interceptent ſouvent le paſſage de l'air, & néceſſitent la bronchotomie. Or, ne feroit-il pas poſſible alors de ſuppléer à cette opération? Pour le décider, rappelons-nous que l'inflammation peut avoir ſon ſiége, 1°. dans la membrane du larinx ou de la trachée-artère, ce qui conſtitue l'angine laringée ou trachéale; 2°. dans les amygdales, les piliers du voile du palais, la luette, les glandes muqueuſes environnantes, eſpèce déſignée ſous le nom général d'angine gutturale.

VIII. Si l'inflammation eſt de la première eſpèce (VII), il eſt évident que les paſſages, alors preſque entièrement oblitérés, ne pourront permettre, qu'avec beaucoup de difficultés, l'introduction de la canule, dont la préſence augmenteroit d'ailleurs l'irritation, l'inflammation, & détermineroit peut-être une ſuppuration, qui, ſans elle, n'auroit point eu lieu. Cependant, dans une circonſtance analogue, Deſault a obtenu une ſorte de ſuccès qui permettroit de ne pas déſeſpérer ici de l'emploi de ce moyen.

OBS. I, (recueillie par Giraud). Deſault fut un

jour appelé par le médecin de la ſalle du Roſaire, pour y voir un malade affecté d'une angine trachéale avec des accidens de ſuffocation ſi imminens, que la bronchotomie fut jugée indiſpenſable & urgente. On alloit y procéder, lorſque ſe rappelant d'avoir, dans une plaie du col, employé avec avantage les ſondes élaſtiques, Deſault imagina d'en eſſayer encore l'uſage dans cette circonſtance. Il en introduiſit donc une de la manière qui ſera indiquée. Au premier inſtant, une toux vive, une douleur, une gêne conſidérable, mais en même temps une reſpiration plus libre, en furent le réſultat. Bientôt la toux & la douleur ſe calmèrent; la liberté de la reſpiration reſta. Un mieux ſenſible ſe manifeſta pendant toute la journée; mais le ſoir la fièvre redoubla; tous les accidens s'accrurent; & quoique l'air ſortit ſans gêne par la canule, le malade ſuccomba dans la nuit. Plus de promptitude dans l'emploi de ce moyen lui auroit peut-être ſauvé la vie. L'ouverture du cadavre offrit un engorgement dans la membrane du larinx & dans la partie ſupérieure de celle de la trachée-artère.

IX. On voit qu'ici la ſonde a procuré un mieux réel, malgré ſon contact ſur des parties engorgées & enflammées, & par conſéquent d'une ſenſibilité accrue. Cependant le ſuccès n'a pas été aſſez complet: l'eût-il été, il n'eſt pas aſſez appuyé, pour autoriſer les praticiens à ſubſtituer dans l'eſquinancie trachéale, l'emploi de ce moyen à la bronchotomie. D'ailleurs, comme je l'ai dit, ſi le rétréciſſement, effet de l'engorgement, étoit trop conſidérable, le paſſage de la ſonde deviendroit & trop pénible & trop douloureux.

X. Si l'inflammation eſt de la ſeconde eſpèce (VII),

& que toute communication soit presque entièrement ou même complétement interceptée entre la glotte qui est saine, & l'ouverture de la bouche; si on craint que les progrès du mal n'empêchent aussi bientôt de pénétrer, l'air qui passe encore par les narines, le cas est plus favorable à l'introduction des sondes. Alors, en effet, qui empêche de tenter cette introduction, comme l'a proposé Desault dans son journal, & comme depuis il l'a exécuté? L'irritation ne seroit point à craindre dans la membrane laringée (VIII), puisque elle est exempte d'inflammation. Les passages restés encore ouverts derrière les parties engorgées, permettroient l'introduction de l'instrument. D'ailleurs si elle devenoit trop pénible pour le chirurgien, trop douloureuse pour le malade, si l'inflammation propagée au larinx la rendoit insupportable & dangereuse, la ressource de l'opération ne resteroit-elle pas toujours?

XI. Observons d'ailleurs que cette introduction présente d'autant moins de difficultés, qu'il ne faut jamais pour la tenter, attendre que la tuméfaction soit trop considérable, que la suffocation soit prochaine. On doit lui appliquer ce que Louis a dit de la bronchotomie : ce n'est point une ressource extrême à laquelle il ne faille avoir recours, que quand l'oblitération étant complète, toute autre nous abandonne, mais bien un moyen salutaire de prévenir l'engorgement des poumons, inévitable résultat d'une respiration trop long-temps gênée; vérité ici d'autant plus frappante, que nul danger n'est à courir de la part du sang épanché, comme dans l'ouverture de la trachée-artère; nulle plaie ne reste à guérir, nulle fistule aërienne à craindre.

OBS. II. Peu de temps après que Desault eut mis en usage pour la première fois, les sondes élastiques introduites dans la trachee-artère, pour donner issue à l'air, un chirurgien distingué de Toulouse, sur le récit de cette découverte, employa le même moyen dans un angine squirreuse des parties environnant la glotte. J'emprunte les expressions de sa lettre, communiquée à Desault par un de ses élèves: « Un jeune homme de 15 ans, sans vice apparent, avoit une grande difficulté de respirer, & on entendoit un bruit considerable produit par le passage de l'air à travers la glotte. Rien ne paroissoit dans le nez; la bouche ne pouvoit être ouverte qu'à moitié, parce que les piliers antérieurs étoient racornis & calleux; j'en fis la section; dès-lors la bouche fut suffisamment ouverte; je vis la base de la langue, la luette, les amygdales & le haut du pharinx resserrés, durcis, couverts de tubercules & d'excroissances polypeuses. J'en emportai plusieurs portions par des ligatures; mais le malade n'en retira aucun secours; le principal dommage étoit vers la glotte. L'observation de M. Desault, que vous m'avez communiquée me vint dans l'idée; je crus que je pourrois faire suppurer & relâcher les ligamens de la glotte; je remplis l'indication qui se présentoit, & je pris une sonde de gomme élastique que je fis entrer dans la glotte par la bouche, (le malade ne pouvoit pas la supporter en la passant par le nez). Sitôt qu'elle fut dans la trachée-artère, le bruit, la gêne de la respiration diminuèrent considérablement, mais quelque temps après le malade ne pouvant plus respirer, on retira la sonde. Je vis bien que le corps étranger ne gênoit pas par sa présence; c'étoit des glaires qui,

pouſſées dans les ouvertures, s'oppoſoient au paſſage de l'air. Je répétai ſix fois la même opération, & je fus convaincu de la néceſſité d'avoir une ſonde plus groſſe & ouverte par le bout, comme M. Deſault l'indique. J'en préparai une moi-même; mais quelque temps après, une fièvre d'accès qui me ſurvint, me fit perdre de vue le malade, que j'aurois ſans doute ſoulagé beaucoup & peut-être guéri, puiſque la préſence de la ſonde ne le gênoit nullement.

XII. Je n'entrerai, ſur cette obſervation, dans aucun détail; je n'examinerai point ſi, en les faiſant ſuppurer, on pouvoit relâcher les ligamens de la glotte. Ce qui nous intéreſſe ici, c'eſt le ſéjour long-temps continué de la ſonde dans les voies aëriennes, ſans qu'aucune gêne en ait été le réſultat, la facilité ſenſiblement plus grande qu'en a retiré la reſpiration, le mieux réel qui en a été l'effet; l'auteur dit qu'introduite par les foſſes nazales, les ſondes ne pouvoient être ſupportées par le malade; le contraire réſulte de pluſieurs obſervations de Deſault.

OBS. III. M. A. Ina***, demeurant rue de Richelieu, eſt attaqué d'une eſquinancie gutturale, effet du paſſage ſubit du chaud au froid; tous les ſymptômes ſe déclarent avec violence dès le ſecond jour: le quatrième, la luette, les amygdales, les piliers, acquièrent un volume conſidérable; la déglutition devient extrêmement difficile, la reſpiration très-pénible; les douleurs ſont vives, ſe propagent juſqu'aux oreilles & le long du col; la fièvre eſt aiguë, la ſoif ardente; la langue ſe tuméfie: le cinquième jour, les accidens deviennent plus intenſes; le gonflement augmente; la moindre goutte de liquide introduite, revient par les narines au lieu de deſcendre par

l'œſophage; la ſuffocation ſemble prochaine. Alors Deſault eſt appelé; il ſe propoſe d'abord, d'après le double obſtacle à la déglutition & à la reſpiration, de vaincre l'un & l'autre par un double tuyau paſſé dans l'œſophage & la trachée-artère; mais ce dernier étant le plus preſſant, il eſt préliminairement introduit; à l'inſtant une toux un peu vive, une légère douleur fatiguent le malade; mais la reſpiration devient libre, & au bout d'une heure, un mieux ſenſible ſe fait appercevoir; la couleur rouge de la phyſionomie, le gonflement des veines du col deviennent moins apparens; la toux ceſſe bientôt. Content de ce ſuccès, Deſault retarde de paſſer une ſonde dans l'œſophage, eſpérant que le prompt dégorgement des parties rendra bientôt au malade la poſſibilité d'avaler quelques gouttes de bouillon, & diſpenſera par-là d'ajouter une irritation nouvelle à celle déjà exiſtante. En effet, dès le ſoir même, le degré des ſymptômes s'abaiſſe, & vingt-quatre heures après quelques gouttes d'un bouillon nourriſſant ſont paſſées. Mais le lendemain, la difficulté de la reſpiration revient, & Deſault trouve le malade dans une gêne extrême; il ſoupçonne des glaires dans la ſonde; il la retire, la nétoie, la réintroduit, & cette fois la toux eſt à peine ſenſible à l'inſtant où elle parvient dans la trachée-artère; auſſitôt la reſpiration redevient libre; l'inſtrument eſt encore laiſſé un jour & demi en place; après quoi, devenu inutile, il eſt retiré. Le traitement ordinaire, employé enſuite, a été couronné du plus heureux ſuccès, & le malade jouit maintenant d'une bonne ſanté; il a aſſuré que les premiers inſtans du ſéjour de la ſonde, avoient ſeuls été douloureux.

XIII. De ce que nous venons de dire (VIII-XII),

il résulte, 1°. que dans l'angine laringée ou trachéale, l'introduction des canules élastiques, quelquefois possible, est rarement indiquée, & qu'alors la bronchotomie est préférable; 2°. que dans l'angine gutturale, tonsillaire, &c. au contraire, l'usage de ce moyen suffit souvent pour rendre à l'air son passage ordinaire & dispenser de l'opération.

XIV. Au gonflement des amygdales peut se rapporter, sous le rapport de la bronchotomie, le gonflement de la langue, tantôt effet de la piqûre d'un animal venimeux, tantôt symptôme ou dépôt critique d'une fièvre quelconque, quelquefois affection née spontanément, d'autrefois, suite de l'usage mal administré du mercure. La respiration devient-elle alors pénible, la tuméfaction de la face, sa rougeur, &c. annoncent-elles l'embarras consécutif de la circulation? n'a-t-on obtenu aucun succès des larges & profondes scarifications, toujours préliminairement indiquées? les accidens vont-ils croissant? introduisez alors une canule par le nez; si vous temporisez, l'engorgement se propagera en arrière, la langue remplira en partie le pharinx, bouchera la glotte, & seule alors, l'opération sera possible. Flegel, Job-à-Merkren, Lamalle, Louis, Richter, rapportent une foule d'exemples de ces sortes de gonflemens, qui, cependant sont rarement portés au point que nous venons d'indiquer.

XV. Un corps étranger, enfoncé dans le pharinx ou l'œsophage, pousse en avant la membrane postérieure de la trachée-artère, rétrécit & oblitère même le diamètre de ce conduit, au point de menacer d'une prompte suffocation. On trouve, dans les cahiers d'opérations de Desault, l'exemple d'une femme qui avala un os avec tant de voracité, qu'il resta dans le

milieu du pharinx. A l'inſtant même tous les ſignes de la ſuffocation ſurvinrent, & au bout de trois minutes la malade n'exiſtoit plus. Bell cite deux exemples analogues. Dans ce cas l'indication preſſante eſt de donner iſſue à l'air, afin d'avoir enſuite le temps d'agir avec méthode & précaution pour l'extraction des corps. Or, quel moyen faut-il alors choiſir? La bronchotomie a été faite par Habicot, chez un jeune homme, qui, de crainte des voleurs, avoit avalé neuf piſtoles enveloppées d'un linge. Les praticiens ont tous ſuivi ſon exemple dans ce cas. Mais alors ne vaudroit-il pas mieux recourir d'abord à l'uſage de la canule? Portée dans le larinx & la trachée-artère, au delà de l'obſtacle, elle donnera iſſue à l'air. Craint-on qu'elle ne puiſſe franchir cet obſtacle? qu'elle ſoit d'abord introduite vide pour plus de facilité; que lorſque ſon extrémité ſera arrivée à l'endroit où la trachée-artère eſt comprimée, on pouſſe un ſtylet de baleine dans ſon tube. Plus ſolide alors, elle pénétrera. Quand elle aura franchi, retirez le ſtylet, l'air s'échappera. Ce moyen eſt ici d'autant plus avantageux, que ſouvent, très-enfoncé dans l'œſophage, le corps étranger néceſſiteroit par ſa poſition profonde, la trachéotomie, opération toujours dangereuſe, & qu'il faut, comme je le dirai (LX-LIV), conſtamment éviter. Souvent même, telle eſt la profondeur où ſe trouve fixé ce corps, que la trachéotomie ſeroit auſſi inſuffiſante que la laringotomie, & que l'emploi de la ſonde élaſtique reſte ſeule & unique reſſource. Ce moyen n'eſt point appuyé dans le cas qui nous occupe ſur l'expérience de Deſault, qui l'eût eſſayé, ſi la pratique lui en eût fourni l'occaſion.

XVI. Il eſt arrivé ſouvent, à des praticiens même

exercés, de croire dans le larinx, un corps introduit dans l'œſophage, & réciproquement de vouloir enlever du larinx un corps qui ſe trouvoit dans l'œſophage; les ſignes de ſuffocation étant à peu près les mêmes. C'eſt pour éviter une erreur qui peut avoir ſur le traitement une ſi grande influence, qu'il faut toujours paſſer préliminairement une ſonde dans le dernier conduit, pour s'aſſurer de ſon état.

XVII. La ſuffocation due à la préſence d'une tumeur quelconque entre l'œſophage & la trachée-artère, rentre ſous le rapport des indications, dans le cas précédent: eſſayez d'abord, avant d'en venir à la bronchotomie, de franchir l'obſtacle avec une canule. Pourquoi, en effet, n'auroit-on pas préliminairement recours à ce moyen, comme dans la rétention d'urine, effet d'une tumeur qui comprime l'uretre, du gonflement de la proſtate, par exemple, où on a recours au cathétériſme? Dans ce dernier cas, iriez-vous faire la ponction à la veſſie, ou pratiquer la boutonnière, ſans ſavoir ſi l'algalie ne peut paſſer au-delà de la ſaillie interne formée par la tumeur? Non, ſans doute. Pourquoi donc agir ſur des principes différens, ici où le cas eſt preſque le même?

XVIII. Mêmes indications pour les abcès volumineux du pharinx ou du larinx, à moins que dans cette dernière cavité, on ait non-ſeulement en vue de rétablir un paſſage à l'air, mais encore d'évacuer le pus, en ouvrant la tumeur: préférez alors la bronchotomie. Il eſt rare, en général, que ſituées au-devant des anneaux cartilagineux, des tumeurs, puiſſent comprimer aſſez le canal aërien pour néceſſiter des moyens artificiels propres à donner iſſue à l'air, ſoit parce que le défaut de réſiſtance antérieurement

permet à ces tumeurs de se développer de ce côté, soit parce que, plus solide en avant, la trachée-artère cède moins vîte qu'en arrière ; cependant si ce cas se rencontroit, même indication, même moyen de la remplir.

XIX. Les plaies de la partie antérieure du col ont paru à plusieurs praticiens nécessiter la bronchotomie, soit lorsque la position inclinée qu'on est obligé de donner à la tête pour réunir ces sortes de plaies, & maintenir leurs bords en contact, gêne la respiration, menace même d'une prompte suffocation, soit lorsque le même effet résulte d'un engorgement considérable, survenu à leurs environs, comme on le remarque sur-tout à la suite des coups d'armes à feu. Alors, dit-on, en ouvrant la trachée-artère au-dessous de l'endroit où elle est intéressée, le chirurgien peut, libre de toute crainte du côté de la respiration, procéder à un traitement méthodique. Habicot raconte, qu'appelé auprès d'un jeune homme blessé de vingt-deux plaies à la tête, au visage, au col, aux mains, aux bras, à la poitrine, au dos, à la verge & aux cuisses, il le trouva dans un danger éminent de suffoquer, par l'engorgement & l'inflammation survenus à la gorge. Les accidens allant toujours en croissant, il se détermina à ouvrir la trachée-artère au-dessous de la blessure qui répondoit à la partie supérieure du larinx. A l'instant la respiration se rétablit ; l'ouverture fut entretenue jusqu'à ce que le gonflement fût dissipé, & au bout de trois mois la guérison étoit complète.

XX. Plusieurs auteurs rapportent de semblables exemples. Or, dans ce cas, laquelle de la bronchotomie ou de l'introduction d'une canule élastique mérite

mérite la préférence? l'une nécessite une plaie toujours fâcheuse, ajoutée à une plus grave encore; l'autre laisse les parties intactes, & ne cause qu'une irritation momentanée : dans la première, les bords de la division peuvent se gonfler, & causer la suffocation comme la plaie supérieure; nulle crainte de ce côté dans la seconde: celle-ci est à tout instant praticable; celle-là est souvent retardée par une hémorragie, résultat de la section des vaisseaux veineux, situés en forme de plexus à la partie antérieure du col; ensorte qu'alors le praticien reste incertain entre la probabilité de voir le sang s'épancher dans la trachée-artère, & le danger de l'embarras mortel des poumons, par les obstacles trop long-temps continués à la respiration? Ceux qui suivoient, en 1794, les cours de Desault, se rappeleront d'avoir vu un enfant, dans la trachée-artère duquel étoit tombée une fève de haricot, & chez qui la première incision fut suivie d'une telle effusion de sang, qu'on fut obligé de différer de deux heures l'ouverture de la trachée-artère. L'enfant mourut dans l'intervalle. Si on avoit poursuivi l'opération, le sang tombé dans les voies aëriennes auroit suffoqué peut-être plus vîte le malade. Si la plaie, dont le rapprochement ou l'engorgement cause la suffocation, est située trop inférieurement, une seconde ouverture est évidemment impossible. Au contraire, l'usage des sondes est applicable à tous les cas qui peuvent se présenter.

XXI. On pourroit peut-être remédier quelquefois à l'obstacle qu'éprouve l'air dans son passage, en introduisant une canulle entre les bords de la plaie, comme l'a pratiqué Habicot dans un cas où une balle, après avoir brisé le larinx & particulièrement la partie

gauche du cartilage thyroïde, étoit venu sortir au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate. Mais l'irritation, suite du contact d'un corps étranger sur les surfaces blessées, l'impossibilité de la cicatrisation, tant qu'il tient écartées ces surfaces, (inconvénient sur-tout remarquable dans les plaies par un instrument tranchant qui se réunissent en peu de jours, si rien ne s'y oppose); tous nous engage à préférer d'introduire la canule par les voies naturelles.

XXII. Si, à ces différentes considérations, vous ajoutez l'expérience de Desault, les succès obtenus par lui, de ce dernier moyen, nul doute ne restera sur la préférence exclusive qu'il mérite dans le cas qui nous occupe. Les chirurgiens, qui, d'après lui, l'ont employé, ont obtenu les mêmes résultats. A l'hôpital de Lyon, un soldat, que le chagrin avoit porté à se détruire, a été nourri & a respiré pendant quinze jours, à l'aide de deux sondes introduites l'une dans le larinx, l'autre dans l'œsophage.

OBS. IV, (communiquée par Giraud). On amena, le 23 juin 1793, à la salle des fous, un homme qui, dans un excès de fureur, s'étoit coupé la gorge. La trachée-artère étoit divisée dans les trois-quarts antérieurs de sa circonférence, à un pouce au-dessous du cartilage cricoïde. Les plus vives angoisses, une difficulté excessive de respirer, furent l'effet subit de la position inclinée qu'on voulut donner à la tête, pour réunir les bords de la plaie. Alors Desault introduisit par le nez une canule de gomme élastique, dont la présence dans la trachée-artère occasionna d'abord une toux violente; mais bientôt elle se calma; la respiration redevint libre, & on put, sans aucune gêne pour le malade, mettre en contact exact les bords de la division.

Deux heures après examiné de nouveau, le malade fut trouvé en assez bon état; la présence de l'instrument paroissoit peu le fatiguer : le soir, point de gêne dans la respitation; mais au bout de quelques heures, un nouvel accès de fureur le reprit; il rompit les liens qui l'attachoient, arracha les pièces de pansement, déchita davantage sa plaie, & donna lieu à une hémorragie qui le fit périr.

XXIII. Je n'ai pas présens les détails plus curieux d'une autre observation, où dans une semblable plaie, la guérison a été complète, par l'usage des canules.

XXIV. Quelquefois les plaies de la partie antérieure du col pénètrent jusqu'à l'œsophage, après avoir traversé la trachée-artère. Les alimens passent dans les voies aëriennes, & le malade est dans le danger d'une éminente suffocation; une sonde pottée dans l'œsophage au-delà de la plaie, remédie à cet accident, qui peut se compliquer de l'interception de l'air par les causes déterminées ci-dessus (XIX). Alors, passez une canule par chaque narine; que la première pénètre dans le canal alimentaire, & l'autre dans la trachée-artère.

XXV. *Seconde classe des cas de la bronchotomie.* A la seconde classe des cas qui ont paru exiger la bronchotomie, se rapportent la présence d'un corps quelconque dans la trachée-artère ou le larinx, la carie de ses cartilages, &c. (IV). Ici l'ouverture des voies aëriennes est seule applicable, puisque l'indication est non-seulement de donner passage à l'air; mais encore d'exttaire le corps qui obstrue ce passage, à moins cependant que, comme Desault le pratiqua dans une circonstance, on introduise la sonde pour changer la position du corps, le retourner de manière à ce

que ſa face applatie qui, étant horiſontalement ſituée, bouchoit entièrement l'ouverture, devienne perpendiculaire, laiſſe, ſur les côtés, un vide par où l'air puiſſe s'échapper, & donne ainſi le temps de pratiquer, à ſon aiſe, la bronchotomie.

XXVI. Les corps dont la préſence dans la trachée-artère peut néceſſiter cette opération, naiſſent dans ſon intérieur, ou viennent du dehors : de-là dans cette ſeconde claſſe, deux genres eſſentiellement différens. A l'un ſe rapportent les congeſtions lymphatiques & les polypes ; à l'autre, les corps étrangers introduits ſoit par une plaie, ſoit par la glotte.

XXVII. Les congeſtions lymphatiques, produit des diverſes inflammations, dont peut être affectée la membrane trachéale, ſont ordinairement adhérentes à ſes parois, quelquefois libres & flottantes ; elles rétréciſſent le canal, rendent la reſpiration pénible, accompagnée de râlement, de ſifflement, de gêne & de douleur locales ; la voix foible & rauque ; la toux habituelle, ſouvent ſuivie de crachement de ſang & de l'expectoration de lambeaux lymphatiques. Si cette expectoration ne peut ſe faire, ſi les lambeaux n'ont pu être ramollis par les fumigations, ſi les accidens de la ſuffocation s'annoncent, recourez alors à la bronchotomie, dont l'effet, il eſt vrai, ſera ici toujours incertain, & qui ne peut que retarder la mort inévitable par l'affection du poumon, qui ſe joint preſque conſtamment à celle de la membrane.

XXVIII. Les polypes du larinx ou de la trachée-artère, eſpèce d'excroiſſance aſſez rare, dont quelques auteurs citent cependant des exemples, ont été obſervés deux fois par Deſault, l'une ſur un cadavre apporté dans ſon amphithéâtre, l'autre ſur un malade qui

périt de ſuffocation, après en avoir été fréquemment menacé. Un chirurgien de ſa connoiſſance lui en a communiqué un autre exemple. Dans tous les trois la tumeur étoit de figure piriforme, ayant ſon pédicule inſéré dans l'un des ventricules. Sentiment de gêne dans la partie; reſpiration libre en certains momens, gênée dans d'autres; quelquefois danger imminent de ſuffoquer, né ſubitement dans une expiration, diſſipé bientôt après dans une inſpiration : tels ſont les principaux phénomènes qu'occaſionne la préſence de ces tumeurs, phénomènes qu'explique aiſément leur mobilité, la faculté qu'elles ont par-là d'obéir à l'air qui entre ou ſort des voies aëriennes. Pouſſées avec trop de force entre les bords de la glotte, elles s'y arrêtent, font périr le malade de ſuffocation, comme il eſt arrivé dans le cas obſervé par Default, ſi l'inſpiration ou un effort du malade ne les dégage promptement. Alors la double indication de leur extirpation ou de leur ligature, & du rétabliſſement du paſſage de l'air, néceſſite l'opération de la bronchotomie; il eſt rare en effet que, ſaillantes dans la bouche, ces excroiſſances puiſſent être ſaiſies, extirpées ou liées par cette voie naturelle.

XXIX. Les corps pointus qui pénètrent par une plaie dans la trachée-artère, ne laiſſent quelquefois à l'extérieur qu'un point rouge ſous lequel on les ſent, ils peuvent cauſer des ſymptômes de ſuffocation, & doivent être extraits promptement, après les avoir découverts par une inciſion méthodique. S'ils ſont mouſſes & entrés par une grande plaie, ils en ſeront expulſés dans l'expiration, ou l'on en fera l'extraction avec des inſtrumens convenables.

XXX. Les corps étrangers qui s'introduiſent dans

le larinx ou la trachée-artère, par l'effet d'une mauvaise déglutition, présentent une foule de variétés relatives, 1°. à leur plus grand diamètre, qui depuis une ligne peut s'étendre jusqu'à onze ou douze; 2°. à la figure arrondie, applatie, anguleuse, &c. 3°. à leur nature dure, molle, susceptible ou non de se gonfler par l'humidité; 4°. à leur surface extérieure, lisse, polie, inégale, pleine d'aspérités, &c. Ces variétés sont essentielles à connoître, par rapport aux accidens qui peuvent survenir.

XXXI. Quelles que soient leurs variétés, ces corps, parvenus dans les voies aëriennes, produisent une série de phénomènes plus ou moins allarmans, & dont il importe de connoître l'ensemble, pour pouvoir, au lit du malade, porter son diagnostic. Un homme a mis dans sa bouche un corps solide quelconque (XXX); ce corps y a disparu; à l'instant sont survenus une toux convulsive, avec sifflement & râlement, une douleur locale que le malade indique avec le doigt, une difficulté plus ou moins grande dans la déglutition qui est quelquefois très-douloureuse, une altération sensible dans la voix qui est communément rauque, & qui même peut être complétement empêchée, une difficulté très-grande dans la respiration; bientôt la rougeur du visage, la saillie des yeux, le gonflement des jugulaires & tous les signes d'un embarras considérable dans la circulation des vaisseaux supérieurs, quelquefois un emphysème plus ou moins étendu au-dessus de la clavicule. Le malade fait de grands efforts, il s'agite; le pouls est irrégulier, intermittent.

XXXII. Cette série de phénomènes ne nous offre que des signes rationnels. Il est en général très-difficile

de s'en procurer de sensibles. Si l'on fait ouvrir la bouche le plus qu'il est possible, la langue se renverse, l'épiglotte s'abaisse, & rien n'est visible. L'introduction de la sonde pourroit nous éclaircir davantage; mais elle n'est pas toujours aisée. Au reste il n'est d'incertitude que quand les assistans ne peuvent nous donner aucun renseignement, que le malade est hors d'état d'en fournir aussi, & dans ce cas même, en nous assurant d'un côté que l'œsophage est libre par la sonde qu'on y fait pénétrer (XVI), en réfléchissant de l'autre à la nature des accidens exposés (XXXI), à leur invasion subite, le diagnostic deviendra moins épineux.

XXXIII. Les accidens ne suivent pas toujours la même marche; tantôt on les voit se continuer sans interruption au même degré; tantôt cesser peu à peu entièrement, revenir ensuite plus intenses; tantôt ne se dissiper qu'en partie, laisser la douleur locale, la gêne, la difficulté de la déglutition; en un mot entraîner par un chemin plus ou moins long, plus ou moins pénible, le malade à une mort presque toujours inévitable, si l'art ne vient au secours de la nature.

XXXIV. Cette différence dans la marche que suivent les symptômes, tient spécialement à la situation qu'affecte le corps dans les voies aëriennes. Il peut s'y rencontrer dans quatre états différens: 1°. s'arrêter entre les bords de la glotte; 2°. s'engager dans les ventricules du larinx; 3°. être libre & flottant dans la trachée-artère, où il obéit à l'inspiration & l'expiration; 4°. se fixer dans un point quelconque de ce conduit.

XXXV. Dans le premier cas (XXXIV), si l'ouverture de la glotte est entièrement fermée, les accidens

de la ſuffocation ſe manifeſtent ſubitement & le malade périt, à moins qu'un prompt ſecours ne lui ſoit donné. Mais quelques petits paſſages reſtent-ils encore à l'air? alors, toux convulſive; douleur locale; mouvement du malade qui porte ſon doigt dans le goſier, & autres phénomènes expoſés (XXXI). Dans ce cas, ſi le corps étranger fait ſaillie au dedans de la bouche, hâtez-vous d'en faire l'extraction ſoit avec les doigts, ſoit au moyen des pinces à anneau. Mais eſt-il trop enfoncé entre les bords de la glotte? la bronchotomie reſte ſeule à tenter, non pour donner iſſue au corps par l'ouverture artificielle, mais pour le repouſſer dans la bouche de bas en haut, à travers cette ouverture.

XXXVI. Le ſecond cas (XXXIV), celui où le corps étranger s'engage dans les ventricules, n'arrive que lorſque ſon volume eſt peu conſidérable, & alors les accidens ſont beaucoup moins graves dans les premiers inſtans; mais ſa préſence, long-temps continuée, peut à la fin devenir funeſte. Deſault citoit chaque année dans ſes cours l'obſervation ſuivante.

OBS. V. Un provençal déjeûnoit avec des cériſes. Pendant le repas, une diſpute s'élève entre lui & un de ſes amis. Il s'échauffe, parle haut, en continuant de manger. Tout-à-coup il ſent un noyau s'engager dans la glotte; il éprouve une toux convulſive, une difficulté de reſpirer, une douleur vive au goſier; il ne peut parler; les jugulaires ſe gonflent, &c.

Quelques heures après les accidens ſe calment, puis ils reviennent à différentes repriſes, mais avec moins d'intenſité. A la longue le malade s'habitue au contact du corps étranger, qui n'eſt habituellement indiqué que par un ſentiment de gêne, correſpondant au côté

gauche du larinx & exactement au niveau du ventricule de ce côté. Dans certains mouvemens, sorti de l'endroit où il est logé, ce corps vient se porter à la glotte, où la toux, la difficulté de respirer, la gêne, la douleur annoncent sa présence. Mais bientôt les accidens se dissipent, restent plus ou moins long-temps sans reparoître, reviennent & cessent de nouveau.

Le malade vient en cet état à Paris consulter les plus habiles chirurgiens. Desault est appelé. Il conseille l'opération. Les autres consultans la rejettent, sur les raisons du danger de l'hémorragie, de la difficulté de couper le cartilage thyroïde; de la possibilité d'une fistule aërienne après l'opération : craintes illusoires, comme je le dirai (LXXII), & qui, en supposant qu'elles eussent quelques fondemens, devoient céder à la crainte plus réelle des accidens, inévitable suite du séjour long-temps continué du corps étranger dans la trachée-artère. En effet, ce malade est mort deux ans après d'une phthisie laringée, & l'ouverture de son cadavre a démontré dans le noyau de cerise, la cause qui l'avoit déterminée.

XXXVII. Concluons de cet exemple, que quoiqu'un corps engagé dans les ventricules, n'y cause souvent des accidens que par intervalle, il faut, si nous sommes sûrs de son existence dans les voies aëriennes, si la douleur, la gêne, constamment correspondantes à un des ventricules nous l'y indiquent, il faut, dis-je, ouvrir le larinx le plus promptement possible, en fendant le cartilage thyroïde, pour en aller faire l'extraction.

XXXVIII. Dans le troisième cas (XXXIV), le corps libre & flottant dans la trachée - artère, obéit aux mouvemens d'inspiration & d'expiration,

defcend dans l'une, monte dans l'autre. Les fignes généraux (xxxi) fe manifeftent en plus ou moins grand nombre dans les commencemens ; la douleur eft vive ; elle change à chaque inftant de place ; la toux eft fréquente, fouvent convulfive, telle même que dans des accès, on a vu le corps s'échapper par la glotte, & , dans ce cas, le malade l'avalant quelquefois fans s'en appercevoir, on eft étonné de voir les accidens tout-à-coup diminuer, ceffer bientôt, & ne plus revenir. Mais fi fon expulfion ne peut fe faire, s'il eft liffe & poli, le canal s'habitue à fa préfence ; la douleur, la gêne, la toux, la fuffocation, ne reviennent que par intervalle, fuivant la place qu'il occupe. Les ouvrages de Louis, d'Heifter, la pratique de Kau, de Bonnet, nous fourniffent une foule d'exemples analogues. On cite des malades qui ont porté pendant plufieurs années des corps ainfi tombés dans le larinx.

xxxix. Il femble que leur pefanteur devroit naturellement les entraîner dans les bronches, mais il eft rare de les y rencontrer, & prefque toujours lorfqu'on ouvre la trachée-artère ou le larinx, on les voit au niveau de l'ouverture, d'où ils s'échappent fouvent d'eux-mêmes, chaffés par l'air.

xl. Les circonftances ne font point auffi favorables, fi les corps font inégaux, raboteux. Alors la membrane interne eft excoriée, irritée ; quelquefois elle fe gonfle, rétrécit le canal, s'applique contre le corps, oppofe ainfi que lui un obftacle à l'air, & néceffite promptement l'opération. Flottant d'abord, le corps eft alors fixé, circonftance qui peut encore dépendre de fa nature molle & fpongieufe. Peu volumineux en entrant, il fe dilate bientôt en

abſorbant l'humidité, remplit tout le tube aërien, & les accidents de la ſuffocation ſont prompts. Dans tous les cas, la bronchotomie eſt la preſſante indication.

XLI. Le quatrième cas (XXXIV) eſt celui où fixé dans un point quelconque de la trachée-artère ou du larinx, le corps étranger y adhère, ſoit par une pointe, une aſpérité fixée dans ſa membrane, ſoit parce qu'il s'y trouve comme enclavé ſuivant un de ſes diamètres. Alors, la douleur occupe conſtamment la même place; le malade, s'il ne peut parler, indique l'endroit avec le droigt. Les autres ſignes, les mêmes que ceux expoſés (XXXI), ſe modifient ſuivant que le paſſage de l'air eſt entièrement fermé, ou qu'un accès plus ou moins libre lui reſte encore. Evitez ici l'erreur dans laquelle tomba un jour un chirurgien d'ailleurs inſtruit. Tous les ſignes de ſuffocation ſe manifeſtoient, à la ſuite d'une mauvaiſe déglutition. On pratiqua la bronchotomie, rien ne fut trouvé dans la trachée-artère; on crut ce corps étranger dans les bronches; le malade mourut, & on le vit avec étonnement dans l'œſophage. Le moyen indiqué (XVI) doit donc être toujours préliminairement employé.

XLII. Les corps étrangers fluides introduits dans la trachée-artère, n'exigent jamais la bronchotomie. Que ſerviroit elle, comme je l'ai dit (V), ſi les forces organiques ſont inſuffiſantes pour expulſer le fluide par l'ouverture naturelle? Si les forces ne ſont pas trop attérées, cette voie n'eſt-elle pas auſſi facile, pour l'iſſue du fluide, qu'une ouverture à la trachée-artère? Ce précepte général ne ſauroit être infirmé par l'obſervation de Virgili,

qui, dans une opération de bronchotomie, où le ſang tomba à travers l'inciſion, dans le canal aërien, agrandit cette inciſion, &, par une ſituation convenable, procura l'écoulement du ſang épanché. Au reſte, les ſondes n'auroient pas ici un effet plus heureux : mêlé à la mucoſité, à l'air, diſſéminé dans les bronches & leurs ramifications, le fluide pourroit-il s'échapper à travers ces tubes artificiels ? D'ailleurs, la remarque précédente n'eſt-elle pas applicable à leur uſage ?

XLIII. La carie des cartilages du larinx, ſuccède aſſez communément à la phthiſie laringée qui la détermine. Je ne m'arrêterai point à cette dernière affection, que les médecins n'ont bien connue que dans ces derniers temps, & contre laquelle l'art eſt preſque impuiſſant; remarquons ſeulement que le contact du pus altère bientôt les cartilages, les détruit même en partie. Dans le cadavre d'un homme mort à la charité, le cricoïde fut trouvé entièrement rongé dans ſa partie poſtérieure; les ligamens de la glotte n'exiſtoient plus. Il faut donc, en mettant les parties à découvert, tâcher de prévenir les progrès du mal. Pratiquez la bronchotomie, dès que l'altération des cartilages eſt conſtante; non qu'un grand eſpoir de ſuccès reſte alors au praticien, mais parce que, d'un côté, la maladie étant mortelle, de l'autre, l'opération offrant très-peu de danger par elle-même, il eſt permis de tenter un moyen incertain pour prévenir un réſultat certainement funeſte.

XLIV. De l'examen où nous venons d'entrer ſur les cas qui exigent la bronchotomie, il réſulte, 1°. que lorſqu'il ne s'agit que de donner un paſſage

à l'air, l'introduction des ſondes élaſtiques peut, le plus communément, ſuppléer à l'ouverture des voies aëriennes, & qu'il faut toujours préliminairement tenter cette introduction dans les circonſtances indiquées (x-xxv), la bronchotomie n'étant alors qu'une dernière reſſource; 2°. que ſi, à l'indication de donner iſſue à l'air, ſe joint celle d'extraire un corps étranger, l'opération doit être excluſivement pratiquée, lorſque ce corps eſt ſolide (xxv-xlii), qu'elle ſeroit inutile, au contraire, ainſi que l'introduction des ſondes, ſi c'eſt un fluide (xlii), qu'enfin elle eſt une reſſource incertaine, mais qu'on ne doit pas négliger, dans la carie des cartilages du larinx (xliii).

xlv. Quel que ſoit celui des deux moyens qu'on emploie, la bronchotomie ou l'introduction des ſondes, toujours, dès qu'ils ſont indiqués, il faut ſe preſſer d'y avoir recours, quoique les accidens ne menaceent pas encore d'une prompte ſuffocation, comme dans le cas (xxxv); à cette époque, l'effet de ce moyen ſeroit preſque nul. Le poumon engorgé par le ſang qui n'a pu y circuler, perd ſon action organique, ne peut expulſer l'air qui y eſt encore renfermé, ſe débarraſſer des fluides qui l'engouent, ſe dilater pour en recevoir de nouveaux, & le malade périt, malgré la communication rétablie avec l'air extérieur. Tels meurent les noyés, même aprés avoir donné des ſignes de vie, étant ſortis de l'eau : le poumon, trop engorgé, ne peut plus ſe prêter à la circulation, ni à la reſpiration.

xlvi. C'eſt pour prévenir cet engorgement du poumon, qu'il faut, comme l'obſerve Louis, rétablir de bonne heure un paſſage à l'air. Aux

obſervations qu'il rapporte à l'appui de cette doctrine, je n'en ajouterai qu'une, tirée de la pratique de Deſault.

OBS. VI. Un enfant de quatre ans avale, en mangeant précipitamment, un fragment d'os volumineux qui paſſe dans la trachée-artère, & produit à l'inſtant tous les ſymptômes alarmans indiqués (XXXI). Les parens accourent; un chirurgien eſt appelé; il trouve, en arrivant, les accidens calmés, & l'enfant aſſoupi; il ne fait nulles perquiſitions. Le ſoir, le malade eſt réveillé en ſurſaut, & tous les ſignes de la ſuffocation recommencent; mais bientôt ils ceſſent encore, & ne ſe renouvellent que par intervalle. Un médecin conſulté, preſcrit une potion contre la toux. La journée du lendemain eſt calme; mais, dans la nuit, nouvelle invaſion des accidens, à un degré tel, que l'enfant ſe mouroit lorſqu'il fut apporté chez Deſault.

L'hiſtoire de ſa maladie en indique bientôt la nature à ce chirurgien célèbre; l'opération devient l'unique reſſource; mais les extrémités déjà froides, la difficulté des mouvemens de la poitrine, en font préſager le peu de ſuccès; Deſault la tente cependant, ſur les inſtances du père; un mieux momentané reſulte de l'extraction du corps; l'enfant revient à lui; mais au bout d'une heure, tous les ſymptômes avant-coureurs de la mort ſe manifeſtent, & elle arrive le ſoir même.

XLVII. Une foule d'autres exemples ajoutés à celui-ci pourroient prouver l'inconvénient d'un retard où chaque minute ajoute aux progrès du mal & à l'impuiſſance de nos moyens. En effet, celle-ci eſt toujours en raiſon inverſe des autres. Qui pourroit

d'ailleurs arrêter le praticien ? La crainte de l'opération ou de l'introduction d'une sonde ? Les deux articles suivans répondront aux objections qui pourroient naître de ces motifs, en nous démontrant ; l'un, que le séjour des sondes dans la trachée-artère n'est pas suivi d'inconvéniens plus graves que dans les autres conduits ; l'autre, que si de grands praticiens de nos jours ont compté pour peu les dangers de la trachéotomie, en comparaison de ceux qu'on court en ne pas la pratiquant, on doit, à plus forte raison, y avoir peu égard dans la laringotomie, telle qu'on la pratique presque exclusivement aujourd'hui, depuis que Desault en a accrédité l'usage.

§. III. *De l'introduction & du séjour des sondes élastiques dans le larinx & la trachée-artère.*

XLVIII. L'expérience a incontestablement établi dans les observations I, II, III &c., la possibilité du séjour des sondes élastiques dans la trachée-artère. Je pourrois donc me dispenser de fonder ici sur le raisonnement l'usage de ce moyen ; mais comme ce point de pratique s'écarte trop de celle vulgairement adoptée, pour ne pas devenir le sujet des doutes de plusieurs, il n'est pas inutile, je crois, de confirmer par l'un, ce que l'autre nous a démontré. Mais voyons d'abord comment Desault y a été conduit.

XLIX. Hippocrate conseille, dans le cas d'esquinancie inflammatoire, d'introduire dans la gorge une canule, pour faire respirer le malade, pratique qui eut peu de sectateurs chez les anciens,

qu'Asclépiade & Paul d'Égine détruisirent, en proposant la bronchotomie, dont les modernes perdirent presque le souvenir, & que quelques-uns n'ont rappelée dans ces derniers temps que pour en trouver l'exécution impossible, par rapport à l'extrême sensibilité de la membrane trachéale. Desault, qui, depuis long-temps, soupçonnoit cette sensibilité susceptible d'être bientôt émoussée par la présence d'un corps lisse, & de s'habituer par là à cette présence, en acquit un jour, par hasard, la preuve convaincante. Il introduisoit une sonde élastique dans l'œsophage d'un malade affecté d'une plaie transversale au col, pour faire passer dans l'estomac quelques alimens liquides. Une toux subite se manifesta à l'entrée de la sonde; le malade fit des efforts pour vomir; on le laissa reposer un peu; bientôt le calme revint, & dura pendant une heure. Au bout de ce temps, on voulut injecter par la sonde une petite quantité de bouillons; à l'instant, la toux reparut plus violente, & même convulsive. On cessa, & on remit à deux heures plus tard l'introduction du fluide; le malade fut tranquille pendant ce temps; mais dès qu'on voulut recommencer à faire couler quelques gouttes, nouvelle toux, nouvelles agitations, anxiété extrême. Desault, soupçonnant alors la sonde dans le larinx, approcha de son extrémité la flamme d'une chandelle, que l'air qui s'en échappoit fit à l'instant vaciller. La sonde, alors retirée, & placée dans l'œsophage, conduisit dans l'estomac, sans nul signe de douleur, près d'un verre de bouillon.

L. Cette méprise, qui avoit duré trois heures sans nulle marque de douleur de la part du malade,

devint

devint un trait de lumière qui leva sur-le-champ, dans l'esprit de Desault, toutes les difficultés sur la sensibilité de la membrane trachéale, difficultés que firent encore évanouir les considérations suivantes.

Il n'est pas de propriété que l'habitude modifie d'une manière plus marquée que la sensibilité des membranes. Voyez un homme dont l'urètre reçoit l'algalie pour la première fois; il éprouve une sensation douloureuse; la vessie se contracte; il veut uriner; que l'algalie reste; bientôt sa présence n'est plus pénible : le lendemain, à peine est-elle incommode : le troisième jour elle n'est plus sensible. Qu'un serre-nœud soit introduit dans les fosses nazales pour y lier un polype; irritation subite de la membrane pituitaire; chatouillement incommode; éternuement. L'instrument est-il laissé en place, bientôt le malade ne s'en apperçoit plus. L'introduction des instrumens dans les autres conduits me fourniroit la même analogie. Mais pourquoi y recourir, tandis que la trachée-artère elle-même nous présente de semblables phénomènes ? Qu'un corps tombe dans sa cavité, s'il est petit, lisse, poli, fixé dans un point, il peut y séjourner long-temps sans produire aucun accident (XXXVI). Le malade même n'a pas le sentiment de son existence. Qui ne sait que Louis fut empêché de faire la bronchotomie dans un cas où une fève introduite dans les voies aëriennes, n'y produisoit aucun des effets énoncés (XXXI). Tulpius, Bartholin, &c. offrent de semblables exemples; ensorte qu'on peut établir, comme un principe certain, que ce n'est pas par leur contact sur la membrane, que les corps étrangers déterminent ici des accidens, mais bien par leurs aspérités qui l'irritent, la déchirent, par l'interruption qu'ils apportent au passage de l'air, quelquefois

par leur action chimique. Voyez les canules que l'art fait pénétrer & entretient, après la bronchotomie, dans la trachée-artère; leur usage n'est nullement fatigant; les malades les portent pendant dix, douze, quinze, vingt jours même, sans gêne & sans douleur.

LI. Concluons de tout ceci, que la sensibilité de la membrane trachéale, si développée à l'instant où un corps, auquel elle n'est pas habituée, vient la toucher, s'émousse peu à peu & devient nulle, dès que la présence de ce corps a été continuée pendant quelque temps.

LII. Mais quelle cause peut ici, comme dans les autres conduits, habituer les membranes au contact des corps qui leur sont étrangers? Examinez ce qui se passe dans l'urètre où séjourne une sonde. Irritée par sa présence, la membrane interne fournit en plus grande quantité l'humeur qui lubréfie ordinairement le canal, & qui le garantit ainsi de l'impression du corps. Le même effet s'observe dans la trachée-artère; je m'en suis convaincu dans plusieurs expériences sur des animaux tués après avoir fait séjourner des tubes dans leurs trachées-artères. Toujours les bronches étoient plus ou moins remplies du mucus qui les lubréfie, phénomène que l'on observe aussi dans ceux qui meurent avec un corps étranger dans la trachée-artère. Peut-être même est-ce là un inconvénient des sondes, par rapport à l'irritation qui en peut résulter, & à l'obstruction de la sonde.

LIII. Il résulte de-là que la difficulté de l'introduction des sondes élastiques, du côté de la sensibilité de la membrane laringée ou trachéale, est toujours nulle & ne doit point arrêter le praticien dans les cas nom-

breux où nous avons vu cette introduction indiquée x-xxv). Paſſons à la manière de l'exécuter.

LIV. La ſonde doit être en général plus flexible que celles de l'urètre, pour ſe plier moins difficilement aux angles qu'elle ſera obligée de faire; indication que nulle ſubſtance ne remplit mieux que la gomme élaſtique. Sa longueur ſera double pour s'accomoder à l'étendue des paſſages. Son diamètre doit être égal à celui des plus groſſes. En général, c'eſt une obſervation conſtante, que les groſſes ſondes fatiguent moins que celles dont le calibre eſt petit, à proportion du canal qui doit les recevoir. A l'une de ſes extrémités eſt attaché un fil pour l'aſſujettir au bonnet du malade; l'autre ſera percée, ſur les côtés, de deux larges yeux, & ouverte inferieurement, de manière à préſenter au mucus une iſſue facile.

LV. Pour l'introduire, on s'y prend de la manière ſuivante: tenue comme une plume à écrire, elle eſt portée avec précaution dans l'une des foſſes nazales, qu'elle traverſe ſans peine, à moins qu'une déviation de la cloiſon, un polype, &c. ne rétréciſſent l'ouverture, & dans ce cas il faut l'introduire du côté oppoſé.

LVI. Arrivée dans la gorge, elle peut s'introduire dans le larinx ou le pharinx; on reconnoît qu'elle a pénétré dans la première cavité: 1°. au chatouillement douloureux qu'éprouve le malade, à la toux ſubite dont il eſt attaqué, aux envies de vomir, au ſoulèvement comme ſpaſmodique de tout le larinx; 2°. aux vibrations d'une chandelle placée au-devant de l'ouverture externe de la ſonde; 3°. à la réſiſtance qu'on éprouve à l'endroit de la diviſion des bronches. Au contraire, s'eſt-elle introduite dans le pharinx & l'œſophage,

moins d'irritation en est l'effet; la toux ne survient point; la flamme d'une chandelle ne vacille pas, ou au moins si quelques fluides aëriformes produisent ce phénomène, on le verra bientôt cesser. Rien n'arrêtera la sonde jusqu'à l'estomac, & cette profondeur à laquelle elle pénètre, est seule distinctive. Dans ce dernier cas, retirez la sonde, portez plus en avant son extrémité, cherchez à l'engager dans la glotte; si vous ne pouvez y parvenir, introduisez un stylet recourbé dans son tube; tournez en bas sa concavité. Plus solide, elle pourra mieux être dirigée vers l'ouverture; qu'un mouvement en haut, imprimé alors à son extrémité externe, dirige, en sens inverse, l'autre extrémité, & la force de s'engager : dès qu'elle est introduite, retirez le stylet en retenant la sonde; fixez-la par un fil au bonnet du malade, avec la précaution d'en recouvrir l'orifice d'une gaze, pour prévenir l'introduction des corpuscules flottans dans l'air.

LVII. On la laisse plus ou moins long-temps dans la trachée-artère, suivant que la cause qui en a nécessité l'usage, est plus ou moins prompte à se dissiper. Si la mucosité, plus abondante par son séjour vient à la remplir, on la retire; elle est nétoyée & replacée ensuite.

§. IV. *De l'opération de la bronchotomie.*

LVIII. Si le moyen que nous venons d'indiquer, est insuffisant, soit par la gêne que la sonde fait éprouver au malade, soit par la difficulté de son introduction, soit par le mucus, qui, plus abondamment séparé, en obstrue sans cesse le canal, il faut

alors recourir à la bronchotomie, qui est exclusivement indiquée dans les cas (XXV-XLI & XLIII), où l'usage de la sonde seroit d'une ressource évidemment nulle. Or cette opération peut se pratiquer en deux endroits, 1°. sur la trachée-artère; 2°. sur le larinx. Dans le premier cas, c'est la trachéotomie; c'est la laringotomie dans le second. L'une est généralement adoptée; seule elle se trouve décrite dans Garengeot, Dionis, Bertrandi, Scharp, Heister, Bell, Louis, dans l'encyclopédie, &c. L'autre, récemment employée, n'est décrite que par quelques auteurs qui en restreignent trop l'usage, & qui en tronquent les procédés. Celle-ci consiste, ou à inciser transversalement la membrane crico-tyroïdienne, ou à fendre longitudinalement le cartilage thyroïde; dans celle-là, tantôt on pratique l'incision entre deux anneaux de la trachée parallèlement à leur direction; tantôt deux ou trois de ces anneaux sont divisés en long.

LIX. Traçons dans leur parallèle, les avantages ou les inconvéniens qui doivent décider pour l'une ou l'autre, le choix du praticien. On peut, dans ce parallèle, les considérer sous le double rapport des parties intéressées par l'instrument tranchant, & du but qu'on se propose, en ouvrant les voies aëriennes.

LX. Du côté des parties intéressées, peu de difficultés se rencontrent dans la laringotomie; la peau, une petite quantité de tissu cellulaire, la membrane tyro-thyoïdienne, seules s'offrent au bistouri. Au contraire, dans la trachéotomie, on a à inciser la peau, beaucoup de tissu cellulaire, presque toujours la glande thyroïde. L'une s'accompagne rarement d'hémorragie, quelques petits vaisseaux veineux & l'artère laringée supérieure risquant seuls d'être blessés; l'autre

eſt toujours plus ou moins ſuivie de cet accident, produit par le raiſeau veineux des thyroïdiennes alors plus gonflé que de coutume, par les artères de la thyroïde, par la thyroïdienne de Neubort, qui quelquefois exiſte. Cette circonſtance eſt d'autant plus fâcheuſe, qu'alors il faut, ou faire en deux temps l'opération, dont les revers ſont en raiſon du retard qu'on y apporte (XLV & XLVI), ou s'expoſer à la chute du ſang dans la trachée-artère. Dans la première, le larinx facile à être fixé, ne laiſſe pas, en l'inciſant, la crainte d'intéreſſer auſſi les parties voiſines. Dans la ſeconde, la trachée-artère, profondément ſituée, mobile & peu réſiſtante, fuit ſous les doigts qui la tiennent, ou devant l'inſtrument qui veut l'ouvrir, & ſi alors on le pouſſe inconſidérément, les carotides peuvent être intéreſſées.

OBS. VII. Un étudiant tombe, en ſe baignant dans un précipice dont il eſt retiré ſans connoiſſance. Un de ſes camarades veut, pour le rappeler à la vie, faire la trachéotomie; le canal eſt mal aſſujetti; la carotide ouverte, & le malade périt victime des haſards d'une opération inutile dans tous les cas, mais qui, pratiquée au larinx, n'auroit eu ſans doute que cet inconvénient.

LXI. Il ſuit de ce que nous venons de dire (LX), que ſous le rapport des parties intéreſſées, la laringotomie eſt toujours préférable à la trachéotomie; en eſt-il de même ſous le rapport du but qu'on ſe propoſe dans l'opération ?

LXII. Si c'eſt la ſimple iſſue de l'air qu'on a en vue, qu'importe le point du conduit aërien que l'on ouvre ? les parties intéreſſées doivent ſeules le déterminer. Or, ſous ce rapport, la laringotomie devra être

pratiquée (LXI). Si c'est l'extraction d'un corps étranger qu'on se propose de faire, voyons suivant les quatre états que nous avons assignés à ces corps dans le larinx ou la trachée-artère (XXXIV), les avantages de l'une ou l'autre opération. Lorsque le corps est arrêté entre les bords de la glotte (XXXV) ou dans les ventricules du larinx (XXXVI), seule alors l'ouverture de cette cavité peut évidemment convenir. En effet, plus accessible alors à nos instrumens, il sera moins difficilement extrait.

OBS. VIII. Pendant que Ferrand étoit encore à la tête de la chirurgie de l'Hôtel-Dieu, un homme y fut apporté éprouvant les accidens imminens de la suffocation, effet du passage d'une pierre dans les voies aëriennes. La trachéotomie fut pratiquée, mais il ne sortit que du sang, & pendant quelque temps, du mucus de la trachée-artère. Le malade mourut, & on trouva une pierre triangulaire, dont deux angles étoient logés dans les ventricules, & l'autre sortoit par la glotte; sans doute que la laringotomie eût sauvé la vie de ce malheureux. La pièce fut présentée à l'académie de chirurgie.

LXIII. Le corps se trouve-t-il au contraire dans la trachée-artère? Sabattier conseille d'inciser le conduit. Mais de deux choses l'une: ou il sera libre & flottant (XXXVIII); & dans ce cas presque toujours placé à la partie supérieure du conduit (XXXIX), il indique évidemment de pratiquer là l'incision; ou il sera fixé dans une de ses parties; alors prolongez en bas cette incision, en y comprenant le cartilage cricoïde, & cela suffira pour en faire l'extraction au moyen de pinces recourbées. Si la carie des cartilages du larinx a déterminé l'opération (XLIII), la laringotomie est de nécessité.

LXIV. Il résulte de ceci, que sous le rapport du but qu'on se propose, la laringotomie est toujours aussi favorable, & communément plus avantageuse que la trachéotomie. Or, j'ai démontré qu'elle est toujours préférable sous le rapport des parties à inciser (LXI); donc on doit dans tous les cas, y avoir exclusivement recours. Une tumeur profondément située entre la trachée-artère & l'œsophage; un corps très-enfoncé dans le dernier conduit; une plaie transversale, semblent faire exception à cette règle: mais comme les sondes élastiques offrent ici une ressource assurée & moins dangereuse, ces exceptions s'évanouissent.

LXV. Passons à la manière de pratiquer l'opération. Seule, la laringotomie m'occupera; la trachéotomie se trouvant par-tout décrite dans les auteurs.

LXVI. La situation du malade n'est pas toujours aisée à déterminer. Gêné, respirant à peine dans certaines attitudes, moins fatigué dans d'autres, il doit toujours être placé dans celles-ci. En général, il ne faut pas que le col soit trop horisontal; le sang alors, ne pouvant que difficilement s'écouler, tomberoit dans la plaie; s'il est trop perpendiculaire, une grande gêne en résultera. Le milieu est préférable. La tête sera appuyée, la poitrine garnie de linges; des aides retiendront les membres.

LXVII. Si l'indication n'est que de donner passage à l'air; l'incision transversale de la membrane crico-thyroïdienne suffit, & dans ces cas, un bistouri ordinaire, une canule d'argent platte, longue d'un pouce, portant sur les côtés deux anneaux garnis de rubans, ouverte à ses deux extrémités, & percée de deux yeux latéralement à l'une de ses

extrémités, afin que si elle est portée contre la paroi opposée de la trachée-artère, le passage de l'air ne soit pas oblitéré; au défaut de cette canule, un tuyau de plume taillé en biseau d'un côté, portant de l'autre des fils destinés à l'assujettir; un morceau de gaze pour prévenir l'introduction des corpuscules dans le tube artificiel; de la charpie; des compresses; tels sont les instrumens nécessaires à l'opération.

LXVIII. Tout étant disposé:

1°. Placé devant le malade, le chirurgien cherche l'intervalle qui sépare les cartilages thyroïde & cricoïde, assujettit le larinx avec le pouce, le doigt du milieu latéralement placés, & l'index qui doit correspondre à la partie supérieure de cette cavité, & tend ainsi en même temps la peau, transversalement & parallèlement à l'incision.

2°. La peau, le tissu cellulaire sont incisés en un seul temps, dans l'espace d'un pouce, depuis la partie inférieure du cartilage thyroïde jusqu'au cricoïde, entre les pauciers, les sterno-thyroïdiens & hyoïdiens.

3°. Le pouce & le doigt indicateur écartent les bords de la division, tandis que, placé sur la membrane, l'ongle de l'index serr de conducteur au bistouri qui y sera plongé plus inférieurement que supérieurement, afin d'éviter une branche artérielle, qui cotoie presque constamment le bord inférieur du cartilage thyroïde. Retiré ensuite en pressant un peu, l'instrument agrandit l'incision. Si une artère étoit ouverte, on y remédieroit, soit par une ligature appliquée à l'instant, soit par le bouton de feu.

4°. La canule ou le tuyau de plume, sont introduits entre les bords écartés de la division, enfoncés suffisamment, fixés ensuite autour du col avec une bande.

5°. On recouvre de charpie les deux angles de la plaie, du morceau de gaze l'extrémité de la canule, qui est aussi embrassée par une compresse fénestrée dans sa partie moyenne. Le tout est maintenu par un bandage roulé.

LXIX. Pendant tout le temps que dure l'obstacle à l'issue de l'air, la canule est constamment entretenue dans la trachée-artère, avec la précaution d'examiner souvent si le mucus ne la remplit point, de la retirer au cas que cela arrive, de la nétoyer, pour la réintroduire ensuite. Si l'extrémité interne, non percée d'yeux & appuyée contre la paroi opposée du canal, ne peut livrer passage à l'air, on la retire & on la fixe moins profondément.

LXX. On recommande, pour abréger l'opération, l'usage du bronchotome, espèce de trois-quart différemment figuré, ordinairement applati, proposé d'abord par Deckers ou Sanctorius, adopté par Dionis, Verduc, perfectionné par Bauchot, Richter, &c.... mais un inconvénient est attribué à cet instrument. Trop larges, la canule & la lame sont d'une introduction difficile. Trop applatie, bientôt la canule se remplit de mucosités, & l'air ne peut s'échapper. D'ailleurs, pourquoi ajouter un nouvel instrument compliqué, là où le simple bistouri peut suffire. La simplicité d'une opération est la mesure [illegible] perfection. L'emploi du bronchotome pou[illegible] ans la trachéotomie, être jus-

tifié par la crainte de l'hémorragie, mais cette crainte est illusoire dans l'opération que nous proposons.

LXXI. La laringotomie est différente, dans le cas où un corps étranger est à extraire des voies aëriennes, un bistouri, une sonde cannelée, une pince à anneau droite, une autre recourbée, composent l'appareil des instrumens. La canule n'est utile que dans le cas de polype, ou de carie aux cartilages du larinx.

LXXII. Tout étant disposé :

1°. Le chirurgien, dans la même situation que dans le cas précédent, (1°.) assujettit le larinx, comme il a été dit (3°.), tend les tégumens qu'il incise en même temps que le tissu cellulaire, depuis la partie supérieure du cartilage thyroïde, jusqu'à la base du cricoïde.

2°. Les bords de l'incision étant écartés avec le pouce & le doigt du milieu, il cherche avec l'indicateur la membrane crico-thyroïdienne, place transversalement l'ongle qui sert de conducteur au bistouri, lequel, tenu comme une plume à écrire, sert à ouvrir cette membrane.

3°. A travers l'ouverture, qu'alors il est inutile d'agrandir, la sonde cannelée est introduite, de manière que la crénelure réponde antérieurement, & que son extrémité soit poussée jusqu'à la partie supérieure du larinx.

4°. Tandis qu'un aide écarte les bords de la division, porté le long de la cannelure, le bistouri fendra le cartilage dans toute son étendue, le long de l'angle saillant qu'il forme [illegible]t.

5°. Entre ses bords divi[illegible] porte

la pince à anneau droite, afin de les écarter ; & à l'instant, si le corps est libre, il s'échappe, poussé par l'air qui sort de la trachée-artère.

6°. Retenu dans une partie quelconque du canal, il doit être extrait avec des pinces recourbées, & dont la courbure sera dirigée en haut ou en bas, suivant la place qu'il occupe.

7°. Est-il fixé entre les bords de la glotte, il est plus facile de le repousser par en-haut, afin que le malade le rende par la bouche.

8°. Enfoncé trop avant dans la trachée-artère, il ne peut souvent être extrait qu'en fendant le cartilage cricoïde, au moyen de la sonde cannelée & du bistouri ; section nullement dangereuse, & qui suffit toujours au but qu'on se propose.

9°. Si c'est un polype qu'il faille extraire, après la section du cartilage, il est arraché avec les pinces par des mouvemens de torsion.

10°. La carie, mise à découvert par l'ouverture du larinx, est traitée par les moyens ordinaires.

11°. Dans le cas de corps étrangers, la plaie est réunie immédiatement, à moins que le sang introduit dans la trachée-artère, y nécessite une ouverture pour lui donner issue. Mais dans le cas de polype & de carie, une canule reste entre les bords de la plaie, de peur que la membrane laringée engorgée par les tiraillemens qu'elle a soufferts, ne bouche le passage de l'air, & en même temps pour donner issue au pus qui se formera sans doute.

LXXIII. Ce procédé simple & facile, pour l'extraction des corps étrangers de la trachée-artère, mérite évidemment la préférence sur la section longitudi-

nale des anneaux de ce conduit que tous les auteurs recommandent. Toujours assez grande, l'ouverture n'oppose jamais d'obstacle à la sortie de ces corps. Nul danger n'est à courir; peut-être y a-t-il quelques difficultés chez les vieillards, chez lesquels le cartilage thyroïde est souvent en partie ossifié. C'est même un des reproches qu'on a faits à cette méthode. Mais alors un bistouri moins affilé, de la trempe de ceux qui dans l'amputation, servent à couper le périoste, vaincra toujours la résistance; &, dans tous les cas, ce mode d'opération pourra être employé. On a craint la non-réunion du cartilage, & par suite, le passage habituel de l'air entre ses bords: mais qui ne sait que si, dans les cartilages, la cicatrisation est moins prompte que dans les autres organes, elle ne s'y opére pas moins. D'ailleurs, ici elle sera favorisée par le contact exact des bords de l'ouverture, que l'elasticité de la partie force à se rapprocher.

MÉMOIRE

SUR les moyens de nourrir les malades chez lesquels la déglutition est empêchée.

§. Ier. *Des cas où la déglutition est empêchée.*

I. LES alimens traversent, avant d'arriver à l'estomac, un assemblage de cavités, constamment libres dans l'état naturel, mais qui, oblitérées quelquefois, nécessitent des moyens artificiels pour suppléer à l'importante fonction qu'elles ne sauroient alors remplir. Une foule de causes peuvent produire leur oblitération. Les unes, résultat de l'action des corps extérieurs, comprennent les différentes plaies tranchantes, ou contondantes, qui ont intéressé les passages alimentaires ; les autres, produits d'affections internes, renferment les tumeurs diverses qui se développent dans ces passages, la paralysie, la convulsion des muscles qui s'y rencontrent, &c. ; examinons l'une & l'autre espèce de causes.

II. La plupart de ceux qui veulent attenter à leur vie sont dans la persuasion de se donner une mort prompte & certaine, en se tirant un coup d'arme à feu dans la bouche. Cependant, l'expérience trompe le plus communément leur attente. D'énormes délabremens sont, il est vrai, les effets du coup, mais le malade survit ; & s'il est victime, ce n'est qu'au bout d'un certain temps. Or une des causes qui peut alors

le faire périr, c'est l'impossibilité de la déglutition. Meurtries, déchirées, les parties molles de la bouche se gonflent, se tuméfient, & bouchent tout passage aux alimens. En 1789, Desault fut appelé auprès d'un jeune homme, qui, à la suite d'un coup de pistolet chargé de trois balles, avoit eu une partie de la langue emportée, la mâchoire fracturée, la voûte du palais fracassée. Bientôt une tuméfaction considérable survint; le troisième jour tout accès au-dedans de l'estomac étoit interdit; & sans le secours d'une sonde élastique, la mort eût été inévitable. Le malade guérit parfaitement, par l'usage de ce moyen, au bout de peu de temps. Plusieurs exemples semblables se sont rencontrés dans la pratique de Desault. Si l'engorgement n'est pas, dans ces sortes de plaies, un obstacle à la déglutition, la paralysie des muscles du pharinx, effet de la commotion qu'ils ont éprouvée par la violence de la percussion, peut la gêner, ou même l'empêcher.

III. Les plaies du col, effets des instrumens tranchans, & qui pénètrent au-dessus de l'os thyroïde, entre lui & le cartilage thyroïde, ou même au-dessous du larinx, peuvent intéresser les parois du pharinx, après avoir traversé les organes situés antérieurement, se compliquer d'engorgement, &, sous ce rapport, produire le même obstacle que dans le cas précédent, ou bien encore si cet accident n'a pas lieu, livrer passage aux alimens, qui tombent dans le larinx & la trachée-artère, occasionnent la toux, suffocation, en même temps que n'arrivant point à l'estomac, ils donnent lieu à un affoiblissement bientôt mortel pour le malade.

IV. Dans la seconde classe des obstacles à la déglutition, se rangent, 1°. la tuméfaction contre nature

des glandes amygdales, tantôt effet d'une affection aiguë, tantôt résultat d'un engorgement chronique, tuméfaction qui, arrivée à son dernier période, exige toujours préliminairement l'emploi des moyens que nous allons exposer avant de recourir à ceux decrits dans un des mémoires précédens. 2°. Le gonflement de la langue, porté au point de ne rien laisser pénétrer dans l'arrière-bouche. 3°. Les tumeurs situées le long de l'œsophage, & qui exercent sur lui une funeste compression; tels sont, par exemple, certains dépôts qui se forment entre ce conduit & la trachée-artère. En 1788, un homme vint à l'Hôtel-Dieu, portant, à la suite d'une angine, une collection purulente considérable, entre les parois du pharinx & du larinx. Depuis deux jours, aucune espèce d'aliment, solide ni fluide, n'avoit pu arriver dans les premières voies; saillante dans l'arrière-bouche, la tumeur y gênoit même la respiration. Desault commença par introduire une canule élastique dans l'œsophage, fit passer à travers quelques bouillons, donna le lendemain issue au pus par une incision convenable; & au bout de quinze jours, la guérison fut complète. 4°. l'inflammation des organes du pharinx, inflammation qui agit ici, soit en augmentant le volume des parties, & par-là en bouchant les passages, soit sur-tout en empêchant la contraction des muscles: ainsi voit-on la vessie enflammée ne pouvoir se contracter pour expulser les urines; ainsi le bras ne peut-il être élevé lorsque le deltoïde devient le siége d'une inflammation. 5°. Le tétanos, espèce d'affection dans laquelle, violemment contractés, les muscles masseters ne permettent souvent pas le plus léger écartement des mâchoires. 6°. La contraction spasmodique des muscles

de

de l'arrière-bouche, contraction qui rétrécit tellement cette cavité, que tout trajet est interdit aux alimens. 7°. L'atonie des mêmes muscles, état dans lequel le bol alimentaire, n'étant poussé par aucune force, ne peut descendre dans l'estomac.

§. II. *Des moyens de suppléer à la déglutition empêchée par une des causes précédentes.*

V. La mort est l'inévitable résultat des obstacles précédens (I-IV) trop long-temps continués. S'il ne peut assez tôt les détruire, l'art doit donc recourir à des moyens palliatifs, pour soutenir la vie pendant qu'il oppose aux causes qui la menacent des secours méthodiques. Or ces moyens sont de deux sortes : 1°. les lavemens nourrissans ; 2°. l'introduction des alimens fluides à travers les narines ou la bouche, par des moyens artificiels.

VI. L'inutilité des lavemens nourrissans est aujourd'hui généralement avouée. Plus rares à mesure qu'on avance vers la partie inferieure du conduit intestinal, les absorbans lactés ne sauroient y prendre qu'une portion des fluides injectés, insuffisante à la nutrition, & bientôt le malade tomberoit, s'il n'étoit soutenu que par eux.

VII. L'introduction des alimens fluides par la bouche, est presque toujours contre-indiquée, quel que soit le moyen artificiel qu'on emploie pour les transmettre. En effet, dans le cas qui nous occupe, les organes de cetté cavité, sont ordinairement le siége de l'obstacle qu'il seroit ou dangereux ou impossible de franchir ; ainsi ne pourroit-on choisir cette voie dans le gonflement de la langue, des amygdales,

du voile du palais, dans les plaies d'armes-à-feu, de la bouche, &c..... Ce n'eſt guère que dans les plaies de la partie inférieure du col, dans les tumeurs ſituées le long de l'œſophage, qu'il ſeroit poſſible de s'en ſervir.

VIII. Les narines offrent en général une route plus facile. Preſque toujours libres, elles peuvent tranſmettre les alimens fluides dans le pharinx ordinairement auſſi reſté libre lui-même derrière l'obſtacle, derrière la langue ou l'amygdale engorgées par exemple. Cette remarque n'a pas échappé à un médecin célèbre du commencement de ce ſiécle qui, dans pluſieurs expériences, eſſaya de faire parvenir à l'eſtomac différens liquides, en les verſant immédiatement dans les narines. Mais le ſuccès ne répondit pas à ſon attente. Les liquides tomboient dans le larinx plutôt que dans l'œſophage; la ſuffocation en étoit la ſuite; & cette méthode ingénieuſe à laquelle depuis tant de malades ont dû leur vie, fut mortelle pour pluſieurs à l'époque où on la propoſa.

IX. Nous devons à un chirurgien d'Arras, l'avantageuſe modification qui, en la rendant plus facile, l'a rendue moins dangereuſe. Il propoſa, au lieu de faire paſſer les liquides par le pharinx, pour arriver à l'œſophage, de les tranſmettre immédiatement dans ce conduit, au moyen d'un tube recourbé introduit par une narine, afin d'éviter par-là leur chute dans la glotte, qui eſt d'autant plus facile, que l'épiglotte n'eſt point abaiſſée à l'inſtant de la déglutition, comme dans l'état naturel; idée heureuſe, qui n'avoit été que rarement réaliſée avant Deſault, mais qui, reproduite & corrigée par ce grand maître, préſentée ſous des formes nouvelles, eſt devenue une méthode

sûre, facile & consacrée par l'expérience, invariable arbitre de nos moyens.

x. Les sondes élastiques, tour-à-tout flexibles, lorsqu'elles sont vides & solides, lorsque le stylet les remplit, offrent ici, comme dans une foule d'autres cas, de grands avantages sous ce double rapport. Solides, elles sont facilement introduites; flexibles, elles ne gênent point par leur présence; Desault les employoit constamment; leur longueur étoit proportionnée à l'étendue des passages qu'elles avoient à parcourir; leur diamètre, égal à celui des plus grosses de l'urètre. Le procédé de leur introduction est celui-ci :

xi. 1°. Le malade étant convenablement situé, la tête renversée en arrière, le chirurgien saisit, comme une plume à écrire, la sonde armée d'un stylet recourbé comme celui des algalies ordinaires, l'introduit en tournant en bas sa concavité par une des narines, la pousse avec lenteur, la retire lorsqu'un obstacle l'arrête, l'enfonce de nouveau jusqu'à ce qu'elle soit parvenue à la partie moyenne du pharinx.

2°. Là il retire le stylet d'une main, tandis que, par un mouvement opposé, il pousse avec l'autre la sonde plus en bas, & de manière à la faire pénétrer dans l'extrémité supérieure de l'œsophage, & même à l'engager fort avant dans ce conduit.

3°. Souvent, au lieu d'y pénétrer, elle s'introduit dans le larinx; déviation qu'indiquent la difficulté de l'enfoncer plus avant, une espèce de gargouillement particulier, l'agitation de la flamme d'une chandelle exposée à son orifice, la douleur & la toux qu'éprouve le malade qui, quelquefois cependant, paroît à peine incommodé, & jamais autant que les auteurs nous

l'ont dit, dans ces sortes de cas. Retirez alors l'instrument, & essayez de nouveau de le faire arriver dans les voies alimentaires. Quelquefois ce n'est qu'après plusieurs tentatives qu'on y réussit.

4°. Lorsqu'on est sûr qu'il est engagé, on le fixe à l'extérieur avec un fil qui en embrasse l'extrémité par plusieurs circulaires, & dont les deux bouts sont entortillés sur des épingles attachées de chaque côté au bonnet du malade.

5°. Le chirurgien charge une seringue telle que celle usitée dans la taille, d'un bouillon nourrissant, adapte le tube à l'orifice de la canule, injecte d'abord une petite quantité, de peur que l'extrémité ne soit engagée dans la glotte, & sûr ensuite, par l'absence des signes exposés (3°.), qu'elle ne s'y trouve pas, il achève de pousser le fluide.

XII. Restée en place, la canule sert à nourrir le malade pendant tout le temps que dure l'obstacle à la déglutition. Dans ceux chez qui Desault a eu occasion d'employer ce moyen, à la suite de fracas occasionnés par les plaies d'armes-à-feu, il a observé que le besoin de prendre des alimens n'étoit point indiqué par le sentiment commun de la faim & de la soif, mais par un sentiment particulier de foiblesse & de tiraillement, manifesté dans la région épigastrique, & auquel succéde subitement un bien-être marqué, lorsqu'ils ont satisfait à ce besoin.

§. III. *De l'application de la méthode précédente à la pratique.*

XIII. Appuyons sur l'expérience, la méthode que nous venons de proposer dans les obstacles divers à

la déglutition. Déjà une obſervation intéreſſante a été publiée ſur ce point dans le journal de chirurgie. J'y en ajouterai quelques-unes extraites d'une thèſe ſoutenue le 30 juin 1787, aux écoles de chirurgie & recueillies à l'Hôtel-Dieu, ſous Deſault, par l'auteur de cette thèſe.

OBS. I. Le 29 janvier 1785, on amena à l'Hôtel-Dieu un homme qui, dans un accès de déſeſpoir, s'étoit fait, avec un raſoir, une plaie profonde à la partie antérieure du col. L'écartement des bords étoit énorme, lorſque la tête ſe renverſoit en arrière; on auroit pu y enfoncer le poing. Au contraire, en l'abaiſſant, les bords ſe mettoient en contact; mais alors la déglutition devenoit impoſſible. Il falloit donc y ſuppléer par un moyen artificiel, pour donner à la plaie le temps de ſe réunir. Deſault choiſit celui que nous venons d'indiquer, &, par ſon ſecours, il nourrit, avec la plus grande facilité, le malade pendant dix jours. Déjà un eſpoir bien fondé de guériſon ſe manifeſtoit, lorſque, toujours agité de ſon déſeſpoir, celui-ci arracha, une nuit, tout ſon appareil, déchira les bords de la plaie, renouvela l'hémorragie, & malgré les prompts ſecours qu'on lui porta, mourut le lendemain.

XIV. Quoique le réſultat de cette obſervation ait été funeſte, elle ne prouve pas moins les avantages des canules élaſtiques pour ſoutenir la vie, qui ſans elles, ou ſe ſeroit éteinte, le deux ou le troiſième jour de l'accident, ou, ſi elle eût réſiſté, auroit laiſſé au malade une énorme plaie à réunir par ſeconde intenſion, à la partie antérieure du col.

OBS. II. le 21 avril 1786, un jeune homme fut conduit à l'Hôtel-Dieu, ayant dans la bouche & le

pharinx, un délabrement considérable, effet d'un coup de pistolet qu'il s'étoit tiré la veille. Un gonflement sensible commençoit déjà à se manifester ; la respiration & la prononciation des sons étoit gênée. On employa inutilement les saignées, les cataplasmes, les gargarismes. Le lendemain, la plus petite goutte de fluide ne pouvoit être transmise dans l'estomac. On passa, par la narine, une sonde élastique, qui, restée en place, servit à transmettre à cet organe, des bouillons qu'on y injectoit régulièrement chaque jour : le sixième, les accidens s'étant un peu calmés, l'usage en fut supprimé, & le malade put faire passer les alimens par la voie ordinaire. Dès-lors le mieux fut graduellement plus sensible, & au bout de peu de temps, le malade, qui eût été victime de sa fureur, sans l'emploi de la sonde, sortit bien guéri.

OBS. III. Dans le mois d'Avril 1786, un malade, couché dans la salle Saint-Charles, & affecté d'une fièvre putride, fut tout-à-coup saisi d'une difficulté d'avaler, telle que rien ne pouvoit parvenir à l'estomac. L'infirmier craignant qu'il n'eût mangé quelque corps trop volumineux, alla chercher le chirurgien de la salle, qui, n'appercevant rien dans le pharinx, voulut donner quelques fluides à boire au malade ; ils revinrent aussitôt par les narines, & pas une goutte n'entra ; indice probable de l'affection des muscles du pharinx, que la maladie avoit momentanément paralysés. Appelé auprès de ce malade, Desault eut recours sur-le-champ au moyen que nous avons indiqué ; il permit facilement le passage des alimens, fut laissé en place, & donna au médecin, libre de toute crainte du côté de la déglutition, le temps de traiter la maladie & d'en obtenir la complète guérison.

xv. Je pourrois, à ces exemples, ajouter plusieurs autres faits, où du même procédé sont résulté les mêmes avantages, sans qu'aucun danger en ait été la suite. On peut le dire, il est peu de cas en chirurgie, où ses prodiges soient plus frappans, & où sa main soit plus manifestement & plus promptement bienfaisante.

xvi. En général, recourez de bonne heure à ce moyen, toutes les fois que l'obstacle à la déglutition est un engorgement du pharinx, de l'œsophage ou de leurs environs, quelle que soit la nature de cet engorgement. Trop tôt employé, il n'expose à aucun danger; au contraire, son usage est-il trop tardif? les progrès du mal peuvent le rendre difficile, impossible même, ou au moins très-douloureux, à cause du rétrécissement devenu considérable dans les voies alimentaires. Ainsi dans les obstacles à la respiration, faut-il en général prévenir par l'introduction des canules élastiques, la complète interruption du passage de l'air.

REMARQUES

ET

OBSERVATIONS

Sur diverses maladies du col & de la poitrine.

§. I[er]. *Extirpation de la glande thyroïde.*

OBS. I, (recueillie par Giraud). Jacqueline Hyoms éprouva, en 1784, dans une extension violente de la tête, une douleur très-vive à la partie moyenne & antérieure du col, douleur qui, bientôt dissipée, ne laissa après elle qu'un peu de gêne dans les mouvemens. Mais trois mois après, on vit s'élever au côté droit de la trachée-artère, une petite tumeur dure, indolente, sans chaleur ni changement de couleur à la peau, & offrant des mouvemens sensibles de soulèvement, indice de son siége sur le trajet de l'artère carotide primitive.

Peu incommodée par cette tumeur, la malade la négligea jusqu'au mois de juin 1788, époque à laquelle ses progrès devinrent très-rapides. Inutilement on lui opposa des fondans internes & externes. Au centre se manifesta bientôt un point de fluctuation, qui, étant ouvert par l'instrument tranchant, donna issue à une

férosité jaunâtre. Trois mois après les caustiques furent employés, mais leur action fut nulle pour la guérison, & alors fatiguée de l'insuffisance des moyens de l'art, la malade vint à l'Hôtel-Dieu le 21 mai 1791.

A cette époque, la tumeur avoit deux pouces de diamètre; ronde, dure, collée au côté droit & à la partie moyenne de la trachée-artère, elle déjetoit en dehors le muscle sterno-cleïdo-mastoïdien, étoit sensiblement soulevée à chaque mouvement des artères, obéissoit aux mouvemens de la déglutition & gênoit même un peu le passage des alimens solides. La malade desirant vivement d'être débarrassée de cette incommode difformité, se détermina sur-le-champ à subir l'extirpation, qu'on lui présenta comme une ressource unique, mais dont on ne lui dissimula ni les dangers, ni la longueur, ni la douleur. Quelques remèdes généraux furent administrés pour la préparer à l'opération, qui fut pratiquée de la manière suivante, peu de jours après son entrée à l'Hôtel-Dieu.

1°. Cette malade etant couchée sur le dos, un peu inclinée du côté gauche, la tête & le col plus élevés que le reste du corps, Desault fit, sur le milieu de la tumeur, une incision longitudinale, qu'il commença un travers de doigt au dessus, & finit au-dessous à la même distance, afin d'avoir plus d'espace pour continuer l'opération, intéressa dans cette première section, la peau, le muscle paucier, quelques fibres des sterno-hyoïdiens & thyroïdiens, & pénétra jusqu'à la glande.

2°. Tandis qu'un aide tiroit à gauche le bord interne de l'incision pour fixer la tumeur, il la sépara du muscle sterno-cléïdo-mastoïdien, en coupant le tissu cellulaire qui unissoit ces parties, divisa en

même temps deux petites artères dont il fit aussitôt la ligature, pendant qu'on les soulevoit avec des pinces à disséquer.

3°. Après avoir ainsi dégagé le côté externe de la tumeur, on sépara de même son côté interne, en la faisant titer en dehors avec une érigne par un aide, afin d'avoir plus de facilité pour l'isoler de la partie antérieure & du côté de la trachée-artère. Pendant cette espèce de dissection, différentes branches des artères thyroïdiennes furent liées successivement, à mesure qu'on les coupoit.

4°. L'aide qui tenoit l'érigne, ramena la glande en dedans & en devant, & en même temps le chirurgien acheva de la disséquer en dehors, en haut & en bas. Cette partie de la dissection étoit la plus minutieuse & la plus difficile; il falloit continuellement éponger le peu de sang qui suintoit encore & qui empêchoit de bien distinguer les parties. De-là la nécessité de ne couper que très-peu à la fois, & de reconnoître, avec le doigt, avant chaque coup de bistouri, ce qu'on alloit inciser. En disséquant avec ces précautions, on mit à découvert, sans les blesser, les artères thyroïdiennes supérieure & inférieure, & l'on en fit la ligature, au moyen d'une aiguille courbe & mousse. On divisa transversalement les mêmes artères, & l'on acheva de détacher la tumeur de la trachée-artère à laquelle elle étoit fortement adhérente.

5°. La plaie résultante de cette opération avoit près de trois pouces de profondeur, étoit bornée en dehors par le muscle sterno-mastoïdien, en dedans par la trachée-artère & l'œsophage, en arrière, par l'artère carotide primitive & les nerfs de la huitième paire, qui se montroient dans le fond. Après avoir lavé

cette plaie avec de l'eau tiède, & abſorbé tout le ſang qu'elle contenoit, on la remplit de charpie brute ſaupoudrée de colophone. Des compreſſes quarrées, ſoutenues par des tours de bandes peu ſerrés, formèrent le reſte de l'appareil.

La tumeur que l'on venoit d'extirper avoit près de cinq pouces de circonférence, & ne différoit des autres glandes ſquirreuſes, que par un noyau cartilagineux développé dans ſon centre.

La malade, qui avoit ſupporté avec fermeté cette opération auſſi longue que douloureuſe, paſſa tranquillement le reſte de la journée, & n'éprouva que les cuiſſons ordinaires : la nuit ſuivante, elle ſe plaignit d'un peu de chaleur au col & de gêne dans la reſpiration. L'appareil fut arroſé avec de l'eau de guimauve. On donna pour boiſſon, le chiendent aiguiſé d'oximel : le troiſième jour, la difficulté d'avaler augmenta beaucoup, quoique la fièvre fût modérée. A cette époque on renouvela, pour la première fois, les compreſſes & la charpie extérieure, & l'on concontinua d'imbiber l'appareil comme on avoit fait les jours précédens.

La fièvre ceſſa dès le quatrième jour, & la déglutition devint moins pénible ; déjà la ſuppuration commençoit à s'établir : le lendemain elle avoit détaché toute la charpie, enſorte qu'on put renouveler entièrement l'appareil. La plaie étoit en bon état ; on ne la panſa qu'avec de la charpie mollette & des compreſſes trempées dans la décoction émolliente ; ce que l'on continua tous les jours ſuivans.

Il n'arriva rien de particulier dans le cours du traitement. La plaie ſuivit la marche ordinaire, fut cicatriſée au bout d'un mois, & la malade ſortit de

l'hôpital parfaitement guérie le trente-quatrième jour après l'opération.

REMARQUES. La nature, en circonſcrivant la glande thyroïde dans des limites vaſculaires multipliées, ſemble l'avoir rendue inacceſſible à nos inſtrumens tranchans. Les thyroïdiennes ſupérieures en haut, en bas, les inférieures, & quelquefois cette branche plus ou moins conſidérable, que le premier, Neubort a apperçue, ſur les côtés les carotides primitives & les jugulaires internes, en devant un raiſeau veineux très-étendu, de plus le voiſinage de la trachée-artère, de l'œſophage, des nerfs récurrens, du tronc de la paire vague, &c..... forment à ſon extirpation des obſtacles qui ont arrêté tous les anciens, & que quelques modernes n'ont franchis qu'en tremblant. La première fois que Gook a pratiqué cette opération, il n'oſa l'achever, à cauſe de l'hémorragie, & ſon malade périt le huitième jour. Le ſuccès fut plus heureux la ſeconde fois; mais il lui fut impoſſible de lier les vaiſſeaux, & il ne parvint à préſerver le malade d'une hémorragie mortelle, qu'en faiſant comprimer continuellement l'appareil par la main d'un aide, pendant huit jours entiers.

Mais cette difficulté de lier les vaiſſeaux diſparoît, pour qui a une connoiſſance exacte de la ſtructure de nos organes, & ſur-tout du rapport qu'ils ont entre eux. Les petits, moins inquiétans qu'incommodes, doivent être liés à meſure qu'on les coupe. Le jet de ſang indique leur préſence; ils ſont ſaiſis avec la pince à diſſéquer, & on place au-deſſous l'anſe de fil. Ceux dont le volume eſt conſidérable, telle que les thyroïdiennes, ſeront mis préliminairement à découvert; paſſée enſuite au-deſſous d'eux, une aiguille courbe

ſert à y conduire un fil qui en opère la conſtriction avant qu'on les inciſe. On évite par-là l'effuſion trop conſidérable du ſang, qui a le double inconvénient de gêner beaucoup l'opérateur & d'affoiblir les forces du malade.

Avec ces précautions, on peut toujours eſpérer le ſuccès, dont l'obſervation précédente nous offre un exemple; &, quoique encore très-rarement pratiquée, l'extirpation de la glande thyroïde ne doit jamais arrêter le praticien, quand ſa préſence peut devenir funeſte. Theden & Vogel ont obtenu des réſultats auſſi heureux & auſſi prompts que Deſault.

§. II. *Sur l'hydropiſie du péricarde.*

OBS. II, (extraite des leçons de Deſault). Un homme vint ſe préſenter à l'hôpital de la Charité, avec tous les ſignes caractériſtiques d'une hydropiſie du péricarde. Toux sèche; difficulté de reſpirer; pouls lent, dur, irrégulier, gêne, anxiété, danger de ſuffoquer dans l'extenſion du corps; ſoulagement ſenſible dans la ſtation; ſyncopes fréquentes; viſage pâle, bouffi; dilatation manifeſte dans la région précordiale; tendance habituelle à s'incliner du côté gauche : tels étoient les phénomènes qu'offroit ce malade.

Dubois, Sue, Dumangin, Deſault, raſſemblés en conſultation, ne s'accordèrent pas d'abord ſur la cauſe d'où dépendoit ces phénomènes; les uns crurent à une maladie du cœur; les autres à une hydropiſie de poitrine; d'autres à un amas d'eau dans le péricarde. Tous les avis ſe réunirent enfin aux deux derniers, qui partagèrent les conſultans : pour les accorder,

Desault proposa une opération qui convenoit à l'un & à l'autre cas; c'étoit d'ouvrir la poitrine entre la sixième & la septième côte du côté gauche, vis-à-vis la pointe du cœur, en intéressant la peau, l'entre-croisement des muscles grand-oblique & grand-pectoral, & le plan des intercostaux. Ce projet fut adopté & le lendemain exécuté.

L'incision ayant été faite avec les précautions requises, Desault porta les doigts dans la poitrine, & sentit une espèce de poche pleine d'eau, qu'il prit pour le péricarde. Les autres consultans ayant, comme lui, examiné les parties, eurent la même opinion. Il ouvrit en conséquence, avec un bistouri mousse, la poche dilatée, & donna issue à une chopine d'eau environ, qui s'échappa avec une espèce de sifflement à chaque expiration. L'écoulement étant fini, le doigt, porté de nouveau dans l'ouverture, sentit un corps uni, pointu, conique, qui venoit frapper le doigt. Tous les assistans le sentirent, & l'opinion générale fut que c'étoit le cœur à nu.

Les accidens se calmèrent pendant les deux premiers jours qui suivirent l'opération; mais ils reparurent le troisième, devinrent plus intenses, & le malade mourut le quatrième. L'ouverture du cadavre fit voir une membrane qui unissoit le bord du poumon gauche au péricarde, & formoit la poche prise & incisée pour cette membrane. Le corps conique & pointu, qu'on avoit jugé être le cœur à nu, étoit en effet cet organe, mais enveloppé du péricarde auquel il adhéroit en grande partie, beaucoup plus dilaté que de coutume, & rempli d'un sang noirâtre & en partie coagulé.

OBS. III, (extraite des leçons de Desault). Un

étudiant en médecine étoit depuis long-temps affecté d'une toux sèche, effet du passage imprudent du chaud au froid. Peu sensible d'abord, elle augmenta ensuite, & bientôt il s'y joignit une difficulté habituelle de respirer, sur-tout lorsque le malade montoit un escalier : au reste nulle dilatation dans la région précordiale; nulle gêne, étant couché; jamais de réveil en sursaut comme il arrive souvent dans les hydropisies de poitrine. Plusieurs médecins, successivement consultés, crurent tous à une affection chronique des poumons, & prescrivirent un traitement fondé sur cette idée. Sur ces entrefaites, le jeune homme qui disséquoir dans l'amphithéâtre de Desault, s'étant coupé avec un scapel qui avoit servi sur un sujet mort de fièvre putride, en éprouva, au bout de peu de temps, tous les symptômes. Les progrès de la maladie furent rapides, & la mort survint le septième jour. On observa que la difficulté de respirer & la toux augmentèrent considérablement ; effet qu'on attribua au transport sur le poumon, de la matière morbifique.

L'ouverture du cadavre prouva qu'on s'étoit constamment mépris sur la cause de l'affection de la poitrine, qui n'étoit autre chose qu'une hydropisie du péricarde. Cette poche très-dilatée refouloit en haut le poumon gauche, avec lequel elle avoit contracté des adhérences, & contenoit près de trois chopines de fluide.

REMARQUES. On voit dans les deux observations précédentes, de grands praticiens croire, d'un côté à une hydropisie du péricarde qui n'existoit pas; de l'autre ne pas soupçonner l'existence de cette affection qui étoit très-caractérisée. Ceci peut jeter un

grand jour sur la question de savoir si, dans ces sortes d'hydropisies, la paracenthèse de la poitrine doit être pratiquée. Voici ce que Desault repondoit à cette question.

Si le mal est bien constaté, qu'aucune des complications qui rendent infructueuse l'opération ne se manifeste, il faut s'y décider, parce que, d'un côté l'épanchement parvenu à un certain degré est mortel, de l'autre, ce moyen peut laisser entrevoir quelque espoir, comme le prouvent certaines plaies où cette membrane a été impunément intéressée. Galien, Hervée & plusieurs autres, nous en donnent la preuve dans leurs ouvrages.

Mais comment constater l'existence du mal? tant de signes peuvent en imposer? si peu sont caractéristiques? tant d'autres affections peuvent mentir celle-ci, qui elle-même est susceptible d'en mentir tant d'autres, qu'on peut assurer que jamais le praticien ne prononcera ici avec certitude. Quelques exemples de succès rapportés par certains auteurs, ne lèvent point l'incertitude. En effet, si Desault eût réussi dans l'opération dont nous avons rapporté l'exemple, n'auroit-on pas cru qu'il avoit ouvert le péricarde? & cependant l'expérience a prouvé le contraire.

Au reste, si vous hasardez la paracenthèse, n'ayez jamais recours au trois-quart, comme le recommande Sénac. En effet, incertain, 1°. si une collection d'eau existe dans le péricarde; 2°. si elle est suffisante pour écarter des côtes la pointe du cœur, quels risques ne court-on pas en faisant usage de cet instrument? l'incision avec le bistouri est toujours préférable.

§. III.

§. III. *Sur l'opération du cancer au sein.*

OBS. IV, (recueillie par Bucquet). Françoise Ramelay, âgée de 44 ans, entra à l'Hôtel-Dieu, dans le courant de juillet 1792, pour y être traitée d'un cancer occulte au sein gauche. Six mois auparavant, il lui étoit survenu, dans le tissu cellulaire de cette partie, & sans aucune cause apparente, externe ni interne, une petite tumeur dure, indolente, roulant sous les doigts qui la pressoient, & incommodant peu par sa présence. Son volume resta le même pendant deux mois; mais au bout de ce temps, elle fit de rapides progrès, gagna tout le sein, s'accompagna de douleurs, peu vives d'abord, bientôt plus aiguës, enfin lancinantes. La peau s'engorgea, devint tuberculeuse; sur sa face se répandirent des veines variqueuses. Une glande se manifesta sous l'aisselle; le mamelon, comme desséché, prit une consistance cornée; la tumeur contracta en bas des adhérences avec le grand-pectoral, resta mobile en haut; des foyers de suppuration se formèrent, vinrent faire saillie sous la peau; les douleurs s'accrurent, devinrent insupportables, & tel étoit leur degré, que la malade eût voulu être opérée le jour même de son entrée à l'Hôtel-Dieu.

L'usage des délayans & des purgatifs la prépara pendant quelques temps, & quinze jours après on pratiqua l'opération de la manière suivante:

1°. La malade, dépouillée jusqu'à la ceinture, de ses vêtemens, garnie de linge autour du tronc, fut assise sur une chaise haute, la tête appuyée sur la poitrine d'un aide, le bras du côté malade porté en

dehors & en arrière, afin de mettre le ſein à découvert & de tendre le grand-pectoral. Un aide ſoutint le bras ainſi dirigé : d'autres fixèrent celui du côté oppoſé, ainſi que les extrémités inférieures.

2°. Placé au devant & à droite de la malade, le chirurgien ſouleva le ſein de la main gauche, fit tendre, par un aide, la peau inférieurement; puis ſaiſiſſant de la droite un biſtouri ordinaire, comme pour couper de gauche à droite & de dedans en dehors, il en porta la pointe dans le creux de l'aiſſelle, ſous la glande engorgée qui s'y rencontroit, fit une inciſion demi circulaire dirigée en dedans & un peu en bas, qui embraſſa inférieurement la tumeur, & vint finir ſur les parties latérales du ſternum.

3°. Il diſſéqua de bas en haut la tumeur, en coupant le tiſſu cellulaire qui l'uniſſoit au muſcle grand-pectoral, enleva pluſieurs fibres de ce muſcle, fit la ligature d'une branche artérielle intéreſſée dans cette première inciſion, & ſépara la glande dans ſon quart inférieur.

4°. Ayant abandonné la tumeur à ſon propre poids, il recommença une ſeconde inciſion demi-circulaire, à l'angle externe de la première, vint la terminer à ſon angle interne, & circonſcrivit ainſi toute la glande engorgée. Comme les tégumens étoient ſains ſupérieurement, un aide avoit eu la précaution de les tirer fortement en haut afin de les ménager.

5°. Après l'inciſion de la peau, le tiſſu cellulaire fut coupé le plus haut poſſible, en tirant en ſens contraire les tégumens & la tumeur. La diſſection continuée enſuite de haut en bas & de dehors en dedans, la ſépara entièrement de la face intérieure du grand-pectoral, qui fut en partie emportée, parce que l'engorgement s'y étoit propagé.

6°. Deux branches artérielles considérables, coupées dans la seconde section, furent saisies avec les pinces à disséquer & liées immédiatement, selon la méthode usitée par Desault dans toutes ses opérations.

7°. Le chirurgien, saisissant d'un côté l'un des bords de l'angle externe de la plaie, tandis qu'un aide soulevoit l'autre, prolongea l'incision, mit à découvert la glande engorgée, qui avoit le volume d'une grosse noix, fit préliminairement la ligature du pédicule, qui l'unissoit à l'artère axillaire, & dans lequel étoient renfermées des branches artérielles considérables, coupa ce pédicule au-devant de la ligature, en conduisant le bistouri sur l'indicateur gauche & enleva ainsi la glande à extirper.

8°. Les bords de la plaie ayant été lavés, le sang de sa surface fut épongé avec de la charpie brute, en commençant en haut, & en plaçant successivement à mesure qu'on épongeoit, des boulettes de charpie mollette saupoudrées de colophone; sur elles furent entassés des gâteaux de charpie brute qu'on soutint avec des compresses longues elles-mêmes assujetties par plusieurs tours de bande.

9°. La malade, reportée dans son lit, fut couchée, la tête un peu élevée, le bras du côté malade, placé sur un coussin très-rapproché du corps, & assez élevé pour relâcher & le grand-pectoral & les tégumens correspondans.

Dans la journée, la malade se plaignit d'un peu de gêne dans la poitrine & d'engourdissement dans le bras: l'une & l'autre se dissipèrent le lendemain: le troisième jour, la bande & les compresses furent levées; on arrosa la charpie avec la décoction de guimauve.

De nouvelles compresses imbibées de la même liqueur furent appliquées; le tour fut soutenu par un bandage de corps assujetti avec un scapulaire : le quatrième jour, suintement séreux, précurseur de la suppuration; charpie enlevée à l'extérieur, & remplacée par de la nouvelle; compresses changées & arrosées d'eau de guimauve : le septième, charpie totalement détachée par la suppuration; bon état de la plaie vue à découvert; bandelettes de cérat placées autour des bords de la plaie; charpie entassée au milieu; même pansement les jours suivans : le quinzième, disposition bilieuse; suppuration devenue glaireuse : le seizième, émétique donné en lavage : le dix-neuvième, disparution des accidens; dégorgement des bords de la plaie; progrès déjà visibles dans la cicatrisation : le trentième, diamètre de la plaie rétréci des trois-quarts : le trente-sixième, nouvelle disposition bilieuse; aspect de la plaie redevenu sanieux; émétique donné de nouveau en lavage; mieux sensible le sur-lendemain : le quarante-cinquième, consolidation presque complète de la plaie : le cinquantième jour, éruption de pustules rougeâtres aux environs; tisane de patience & de fumeterre prescrite : le soixantième, cautère établi au bras droit : le soixante-septième, sortie de la malade très bien guérie.

REMARQUES. Quoique l'observation précédente ne nous offre que les détails souvent répetés d'une opération de cancer ordinaire, je n'ai pas cru inutile de la publier, pour tracer sur ce point, le tableau de la pratique de Desault. Reprenons quelques uns de ces détails.

La direction de l'incision nécessaire pour mettre la glande à découvert, varie, suivant chaque praticien;

les uns la font perpendiculaire ; d'autres tranſverſale. En général, c'eſt la figure de la tumeur à extirper qui doit la déterminer ; mais, le plus que vous pourrez, donnez-lui la ſeconde direction ; la cicatrice en ſera plus prompte, parce que, plus extenſible en haut & en bas que ſur les côtes, & ſur-tout vers le ſternum, la peau s'y prêtera moins difficilement ; d'ailleurs on n'aura pas à craindre les contractions du grand-pectoral qui, agiſſant perpendiculairement aux bords de la plaie, tendent à les écarter. Ces avantages compenſent bien celui que les auteurs attribuent aux inciſions latérales, de donner aux humeurs une iſſue plus aiſée par l'angle inférieur. Conſervez, dans cette inciſion, le plus de peau que vous pourrez, en la faiſant retirer en haut ou en bas, avant de la couper, ſuivant l'endroit où elle eſt ſaine, comme dans l'obſervation précédente. Que le tranchant du biſtouri, perpendiculairement porté, n'inciſe point en dédolant ; les panſemens en ſeroient plus douloureux.

La peau étant inciſée en bas, commencez par détacher d'abord la glande de ce côté, avant de faire, comme quelques-uns le conſeillent, l'inciſion ſupérieure : allez dans la diſſection, à grands coups de biſtouri ; l'opération en eſt plus prompte, & non moins sûre, parce que, ſi quelque point engorgé reſte, on l'enlève enſuite, après avoir emporté la tumeur. Si quelque branche artérielle conſidérable eſt coupée, arrêtez la diſſection, & faites-en auſſitôt la ligature. C'eſt une méthode vicieuſe que de faire exercer ſur elle une compreſſion par le doigt d'un aide juſqu'à la fin de l'opération, pour la lier après. Le contact de l'air, le ſpaſme de la partie, la rétraction des vaiſſeaux dans les chairs, peuvent empêcher la

ſortie du ſang, ſeul indice de la préſence de ce vaiſſeau qui, après le panſement, & lorſque la fièvre ſurvient, fournit une hémorragie incommode & même inquiétante.

La partie inférieure de la glande étant iſolée, procédez à la diſſection de la ſupérieure : on recommande l'emploi des érignes, des pinces, pour l'aſſujettir; mais, dans tous les cas, les doigts ſuffiſent. Moins de douleur en réſulte pour le malade, & plus de facilité pour le chirurgien, qui doit toujours ſimplifier ſes procédés.

S'il y a des glandes ſous l'aiſſelle, comme dans l'obſervation précédente, c'eſt une précaution eſſentielle de lier, avant de le couper, le pédicule qui la ſoutient du côté de l'artère axillaire, ſur-tout ſi la glande en eſt très-voiſine. Sans cela la ligature ſeroit peut-être impoſſible dans la profondeur des parties, & l'hémorragie d'autant plus dangereuſe, que plus dilatée que de coutume, l'artère qui va à la glande, fourniroit une plus grande quantité de ſang.

Tout étant enlevé, examinez ſoigneuſement la ſurface de la plaie; emportez toute les portions engorgées qui reſtent, & procédez enſuite au panſement. En général, il eſt inutile de ſerrer beaucoup l'appareil, comme le pratiquoient les anciens, & comme on le fait encore. La ligature des vaiſſeaux, faite comme nous l'avons indiquée, met à l'abri de toute crainte. La compreſſion meurtrit les parties, hâte la ſuppuration, la rend plus abondante, & en général retarde toujours la cicatriſation de la plaie.

La levée du premier appareil étoir autrefois extrêmement douloureuſe, parce que toute la charpie détachée dans ce premier panſement, tirailloit les

parties auxquelles elle adhéroit encore, par sa couche interne, renouveloit même l'hémorragie des petits vaisseaux. Si, pour éviter cet inconvénient, on attendoit plus tard, la fétidité de la suppuration, incommodoit singulièrement le malade. Plus simple & plus commode, la méthode de panser, décrite ci-dessus, est à l'abri de ce double désavantage. En enlevant successivement, & par couche, la charpie du premier appareil, & remplaçant chaque jour par de la nouvelle, ce qu'on a détaché, nulle douleur n'est à craindre pour le malade; la levée de l'appareil se fait insensiblement; le temps de l'irritation est passé, lorsque la dernière couche s'enlève. Cette observation est applicable à toutes les opérations où de grandes plaies sont nécessaires.

Je passe sur les détails ultérieurs & de l'opération du pansement qui, & par-tout retracés, ne doivent point ici trouver place.

MÉMOIRE

SUR *la hernie ombilicale des enfans.*

§. Ier. *Réflexions générales.*

I. Créer des moyens opératoires nouveaux, c'eſt ſouvent plus ajouter à ſa gloire qu'aux progrès de la chirurgie; en reſſuſciter d'anciens, c'eſt au contraire faire peu pour ſoi & ſouvent beaucoup pour l'art. Trop ſouvent un procédé n'a de défaut aux yeux d'un praticien célèbre que celui d'avoir été employé par un autre. De-là ce grand nombre de découvertes qui naiſſent & meurent chaque jour dans notre art; cette eſpèce de mode chirurgicale, qui, planant ſur tous nos moyens curatifs, ſacrifie preſque indifféremment à la nouveauté, les bons comme les mauvais : de-là cette foule de procédés opératoires qui languiſſent dans l'injuſte oubli des praticiens. Ainſi reſtoient condamnés à l'abandon, l'extenſion continuelle dans les fractures, la ligature dans les hernies ombilicales, le gorgeret de Marchettis dans la fiſtule à l'anus, lorſque Deſault vint les en arracher. Déjà j'ai fait connoître ſa doctrine ſur le premier point; je vais ici l'expoſer ſur le ſecond.

II. L'ombilic, eſpèce de cicatrice formée à la chute du cordon ombilical, par le reſſerrement des parties avec leſquelles il étoit continu, ne parvient que peu à peu au degré de ſolidité que nous lui

remarquons dans l'adulte. Plus foible long-temps que le reste des parois de l'abdomen, il n'oppose aux viscères de cette cavité, qu'une moindre résistance; mais avec l'âge s'accroît cette résistance, & alors, pourvu d'une force supérieure à celle des parties environnantes, il forme une barrière plus impénétrable aux viscères tendant à s'échapper à travers.

III. De ces faits anatomiques découlent les conséquences pathologiques suivantes, confirmées par l'expérience : 1°. que l'enfance plus que les autres âges est sujette aux hernies ombilicales proprement dites, & dans lesquelles les parties s'échappent par l'ombilic; 2°. que les autres âges, plus que l'enfance, sont exposés aux hernies ombilicales fausses, ou à celles qui naissent aux environs du trou ombilical.

IV. La première espèce de hernie, celle des enfans, fixera seule notre attention, parce qu'à elle seule convient, comme nous le verrons, & la cure radicale & le moyen de l'obtenir par la ligature.

§. II. *Des causes & des différences des hernies ombilicales des enfans.*

V. La hernie ombilicale, formée quelquefois chez le fœtus, par une cause qu'il seroit difficile de déterminer, se manifeste d'autres fois, à l'instant même de l'accouchement, & alors, comme le remarque Sabattier, comprise par mégarde dans la ligature du cordon, elle causeroit la mort de l'individu; mais le plus souvent, ce n'est qu'au second, troisième ou quatrième mois qu'on la voit paroître : & la foule des observations recueillies par Desault, prouve que

fur dix individus attaqués de cette maladie, neuf en font affectés à cette époque.

VI. L'ombilic, encore dilaté, commence alors à se concentrer peu à peu sur lui-même, pour fermer la cicatrice que nous avons dit (11), offrir, dans l'âge adulte, un obstacle aux viscères du bas-ventte; obstacle bientôt suffisant, lorsque tien ne s'oppose à sa formation; mais les cris répétés de l'enfant, imprimant à ces viscères un mouvement de dedans en dehors, les portent vers l'ouverture. Ils la poussent devant eux, la distendent d'abord fortement en devant, & empêchent par-là son resserrement. Peu à peu leur action continuée la dilatant, les intestins s'y introduisent, augmentent sa dilatation naturelle, la franchissent en poussant devant eux la péritoine, & alots naît une tumeur, peu sensible d'abord, plus considérable ensuite, qui enfin, acquiert le volume d'un œuf ou d'une grosse noix, & se présente avec tous les signes catactéristiques des hernies.

VII. La présence de l'intestin & de l'épiploon dans cette tumeur, entretient l'ombilic ouvert, s'oppose à la tendance continuelle qu'il a à se resserret, tendance qui cependant, supérieure quelquefois à la résistance des parties échappées, les force à rentrer dans le bas-ventre, oblitère l'ouverture qui leur a livré passage, la raffermit, la consolide, & de-là les guérisons spontanées des hernies ombilicales des enfans.

OBS. I. Marie Delcroix, âgée de deux ans, fut apportée à Desault pour le consulter sur une tumeur de la nature de celle qui nous occupe. Née quelques mois après l'accouchement, à la suite des efforts que l'enfant avoit faits dans une coqueluche opiniâtre, la

tumeur du volume d'une grosse noix rentroit sous la pression du doigt, & bientôt revenoit au moindre effort des muscles abdominaux. Jusque-là rien n'avoit été tenté. Desault proposa la ligature, à laquelle les parens ne voulant pas se résoudre, remmenèrent leur enfant, abandonnant à la nature le soin de sa guérison. L'année suivante le même enfant fut ramené à la consultation pour une teigne dont il étoit affecté. L'ombilic examiné alors, fut trouvé sans tumeur herniaire. Le doigt, porté sur l'ouverture, y sentit un resserrement qui s'opposoit à l'impulsion des parties. Les parens racontèrent qu'ayant négligé toute application externe, la tumeur avoit peu à peu diminué spontanément, & depuis quelques mois, ils n'en avoient apperçu aucune trace.

OBS. II. Jacques Oison, âgé de 5 ans, portoit depuis sa naissance, une hernie ombilicale. Appelé auprès de lui, Desault proposa aux parens de le guérir radicalement par la ligature, suivant le procédé qui sera décrit ci-après. Ils y consentirent, mais la veille de l'opération, tous les symptômes de la petite vérole s'étant manifestés, elle fut renvoyée. La maladie n'offrit rien de particulier, parcoutut ses périodes ordinaires, & lorsque l'enfant fut parfaitement rétabli, consulté de nouveau pour lui, Desault examina l'ombilic; la tumeur subsistoit toujours, moins grosse cependant que lors du premier examen. Il remarqua d'ailleurs en portant son doigt dans l'ouverture, après avoir fait rentrer les parties, qu'elle s'étoit rétrécie de moitié. Frappé de ce phénomène, il conçut que la nature seule pourroit oblitérer cette ouverture, il conseilla donc d'abandonner l'enfant sans lui faire aucun remède. Au bout de deux mois l'ouverture,

de nouveau examinée, fut trouvée plus rétrécie & la tumeur moins volumineuſe. Elle diſparut enfin au bout du huitième mois, époque à laquelle on ne ſentoit aucune impulſion.

VIII. Mais les choſes ne ſe paſſent pas toujours comme dans les deux obſervations précédentes. Peu féconde en ces ſortes de guериſons ſpontanées, la nature, lorſqu'on lui abandonne la tumeur, non-ſeulement, n'en procure pas la cure radicale, mais peu à peu la rend impoſſible. En effet avec l'âge, la tendance de l'anneau à ſe reſſerrer, s'efface & diſparoît inſenſiblement. Chez l'adulte elle devient nulle, & alors ce n'eſt plus la préſence des inteſtins dans l'ouverture qui en empêche l'oblitération; c'eſt la diſpoſition même de ſes parois; diſpoſition qui ne permet plus d'eſpérer qu'ils ſe rapprocheront.

IX. D'après ces principes, il eſt facile de ſaiſir les différences qui diſtinguent eſſentiellement la nature des hernies ombilicales des enfans, de celle des adultes, différences principalement tirées de la tendance qu'a l'anneau à ſe reſſerrer. De-là dans le premier âge, la facilité de la guériſon radicale; dans les adultes, la preſque impoſſibilité de cette guériſon. Chez les uns, il ſuffit d'empêcher la préſence des inteſtins dans l'ouverture, qui elle-même s'efface; chez les autres, toujours elle ſubſiſte, qu'elle ſoit ou non traverſée par des viſcères. De-là encore, la fauſſeté des conſéquences tirées par certains auteurs des hernies ombilicales des premiers, pour celles des ſeconds, ſous le point de vue du traitement; de-là enfin la néceſſité de ſuppléer de bonne heure chez ceux-là, par les reſſources de l'art, à l'inſuffiſance de celles de la nature. Celſe n'employoit la ligature que de 7 à 14 ans.

§. III. *Des diverses méthodes de traitement.*

x. On peut ranger sous trois classes, les moyens employés pour obtenir la guérison des exomphales des enfans. 1°. Les applications médicales extérieures; 2°. la compression; 3°. la ligature. Que dire du premier moyen, tant recommandé par certains auteurs? Il suffit de reconnoître & le mécanisme de la hernie, & la cause qui l'entretient, pour en sentir l'insuffisance & même le danger : car tandis qu'on s'épuise en moyens inutiles, les parties perdent leur tendance à se resserrer, & la cure devient impossible lorsqu'on emploie les moyens indiqués pour l'obtenir. Bornons-nous donc à examiner la compression & la ligature, seuls procédés rationnellement applicables.

xi. L'une due aux anciens, se perd dans la nuit de l'histoire médicale; l'autre, plus moderne, lui a succédé dans la pratique, & semble depuis long-temps en avoir effacé le souvenir. La première, diversement pratiquée par les différens auteurs, paroît avoir été adoptée par les médecins grecs, chez lesquels sans doute Celse l'avoit puisée. Les Arabes l'empruntèrent de lui, en firent généralement usage, en obtinrent des succès marqués & la transmirent aux Arabistes, dans les ouvrages desquels allèrent la copier les écrivains, qui, après la renaissance des lettres, la décrivirent sans beaucoup la pratiquer. On la vit alors tomber peu à peu dans l'oubli, & quoique heureusement exécutée dans le siècle passé par Saviard, elle fut enfin universellement proscrite, & sous le prétexte des douleurs qu'elle occasionne, de l'incertitude qu'elle

entraîne, reléguée parmi ces mille & un procédés opératoires, fruits éphémères que l'imagination enfante, & que l'expérience renverse.

XII. A mesure que la ligature tomba, on vit se relever les moyens compressifs déjà employés par quelques médecins; les formes des bandages se multiplièrent, & les praticiens, séduits par la douceur du procédé, par quelques exemples de succès heureusement obtenus, semblent aujourd'hui s'éloigner de tout côté de la route frayée par les anciens, pour venir se ranger dans celle tracée par les modernes. Parcourons tour-à-tour ces deux routes, & voyons celle qui, plus sûrement que l'autre, conduit à la guérison.

XIII. La ligature & la compression ont un but commun : empêcher le séjour des viscères sortis dans l'ouverture ombilicale, & favoriser par-là le rapprochement de ses parois. La première, pour arriver à ce but, retranche le sac herniaire & la peau qu'il a poussée devant lui, procure, par la réunion des parties coupées, une cicatrice qui s'oppose à la sortie des viscères, tandis que les parois de l'ouverture, obéissant d'un côté à leur tendance naturelle, sollicitées de l'autre par l'irritation qu'elles ont éprouvée, se resserrent, se rapprochent, s'unissent, oblitèrent l'anneau & remplacent ainsi la cicatrice qui n'est plus qu'un moyen accessoire pour empêcher de nouveaux déplacemens. La seconde remplace, par un corps appliqué à l'extérieur, la portion des parois de l'abdomen qui manque dans l'ouverture, tente de prévenir par-là l'issue des intestins, & d'empêcher qu'ils ne s'opposent au resserrement de l'ouverture : d'où l'on voit que le procédé de chacune est fondé sur une base différente.

La raison & l'expérience prouvent que les résultats diffèrent aussi.

XIV. A la compression n'est attribuée aucune douleur; mais une incommodité gênante pour l'enfant, l'accompagne pendant le long espace de temps que nécessite son usage. La ligature est momentanément douloureuse, mais aucune gêne n'en est la suite; elle fait en peu de jours ce que la compression n'opère, quand elle réussit, qu'en plusieurs mois. L'une oblige à de continuelles attentions: oublie-t-on une fois de l'employer? l'effet qu'on en avoit obtenu devient presque nul: l'autre indépendante des cris de l'enfant, des soins de ceux qui l'entourent, atteint toujours sûrement son but. La première, comptimant sans cesse les parois de l'ouverture, détruit son ressort, s'oppose, sous ce point de vue, à son resserrement. La seconde ajoutant une irritation artificielle au ressort naturel de l'ombilic, hâte & précipite le resserrement. A-t-on recours à la compression? on l'exetce ou par la plaque d'un bandage appliquée sur l'ouverture, & qui n'y pénètre point, ou par un corps rond & ovalaire, tels qu'une boule de cire, une noix muscade, &c. adapté à la forme de cette ouverture, & qui doit sans cesse y être reçu comme le recommandent Platner & Richter dans son traité sur les hernies. Mais, dans le premier cas, si le bandage est exactement appliqué, la peau & le sac refoulés dans l'ombilic empêchent son oblitération, & font de dehors en dedans, ce que les intestins sortis opéroient de dedans en dehors. Dans le second cas, le corps enfoncé & maintenu dans l'ouverture, entraîne, quoi qu'en dise Richter, les mêmes inconvéniens, & a d'une manière plus sensible, les mêmes résultats.

Emploie - t - on au contraire la ligature ? le sac & la peau qui le recouvrent sont enlevés ; l'ouverture reste libre ; rien n'empêche son oblitération. Dans celle - ci, les portions de l'épiploon ne peuvent, lorsqu'elle est appliquée, ressortir au dehors : dans l'autre, le moyen compressif est - il inexact ? les parties glissent au - dessus ou au - dessous, & la maladie subsiste à côté du remède devenu inutile. Toutes deux, en supposant que la compression ait des succès, procurent le resserrement de l'ombilic ; mais celle - ci se borne à procurer le resserrement, celle-là y ajoute l'aglutination des bords de l'ouverture, soit entre eux, soit avec les parties voisines, aglutination qui résulte de l'inflammation de ces parties, & d'où nait un degré de solidité qu'on chercheroit en vain à la suite d'une autre méthode curative.

XV. A ce parallèle que dicte la raison, unissons celui que trace l'expérience. D'un côté nous verrons la compression ne compter ses succès qu'au milieu de ses revers ; les enfans chez lesquels on l'emploie traîner péniblement, pendant des années, ses ennuis & ses incommodités ; de l'autre, la ligature employée à l'Hôtel-Dieu, nous offrira une série non-interrompue de cures bien constatées, & qui, dans les observations de Desault, se montent à plus de cinquante. Chaque semaine, dans les dernières années de sa pratique, nous voyons venir à sa consulration publique, plusieurs personnes apportant leurs enfans qu'il opéroit sur - le - champ & sans préparations, qu'elles remportoient ensuite pour revenir le lendemain & tous les jours suivans, les faire panser, jusqu'à leur parfaite guérison.

XVI. Ajoutons à ces considérations d'autres motifs, qui peut-être ne sont pas indifférens. Quelques jours passés dans un hôpital, suffisent aux gens pauvres pour assurer, par la ligature, la guérison de leurs enfans. Mais avec la compression, ils sont tenus à des dépenses souvent répétées, parce que le bandage se pourrit & s'use, & à des attentions que la perte de temps leur rend à charge.

XVII. Concluons de ce rapprochement entre la ligature & la compression, que pour le choix du moyen, la médecine ancienne avoit fait des progrès sur lesquels les modernes n'ont passé qu'en rétrogradant, que le premier a toujours sur le second procédé un avantage marqué, & qu'il mérite la préférence aux yeux de qui sait l'apprécier.

§. IV. *Des diverses manières de faire la ligature.*

XVIII. La manière de procéder dans la ligature a varié chez les anciens; mais on peut rapporter, à deux procédés différens, ceux qu'ils nous ont transmis. L'un consistoit à réduire les parties, & à lier ensuite les tégumens & le sac, sans ouvrir celui-ci; dans l'autre, il étoit incisé avant ou après la ligature, pour s'assurer qu'aucune portion intestinale ne pouvoit être ou n'étoit étranglée par le fil. Celse avoit adopté le premier moyen; Paul d'Egine se rangea pour le second, & eut pour imitateurs, toute la classe des médecins Arabes, & de leurs copistes les Arabistes. Avicenne, Albucasis, Guy de Chauliac nous en fournissent la preuve dans leurs ouvrages.

XIX. L'expérience décide facilement sur le choix de ces deux méthodes d'opérer. L'une moins douloureuse est toujours aussi sûre; car la moindre habitude

ſuffit, pour ſentir, en faiſant gliſſer l'une ſur l'autre, les parois oppoſées du ſac, la préſence d'un inteſtin qui s'y trouveroit encore. L'autre, inutilement cruelle, ajoute aux douleurs, ſans rien ajouter à la certitude du procédé. Auſſi a-t-on généralement adopté celle-ci; & Paré, qui l'a décrite, ne parle pas même de la première. Mais ici, nouvelles variations dans la manière d'opérer; les uns liant ſimplement la baſe de la tumeur, d'autres traverſant cette baſe d'une ou de deux aiguilles armées de fils deſtinés à mieux aſſujettir la ligature, & y faiſant même, dans cette vue, des inciſions circulaires où étoient logés les fils. C'eſt ſur-tout dans la médecine arabe qu'on trouve ce procédé cruel & ſuperflu, puiſque jamais on ne voit manquer la ligature exactement appliquée. Paré le décrit encore; mais Saviard, le ſeul médecin moderne qui ait pratiqué l'opération qui nous occupe, s'en écarta, en ſuivant le précepte long-temps auparavant donné par Celſe. Sabattier paroît indifféremment conſeiller l'un ou l'autre, dans ſon ſavant ouvrage ſur les opérations, abſtraction faite cependant des inciſions circulaires. Le procédé de Deſault, conforme à peu près à celui de Saviard, étoit ſimple, peu douloureux : voici en quoi il conſiſtoit:

1°. L'enfant, ſur lequel ſe pratique l'opération, doit être couché ſur le dos; les cuiſſes un peu fléchies; la tête penchée ſur la poitrine.

2°. Le chirurgien réduit les parties échappées par l'ouverture, & formant la tumeur, les contient avec le doigt, ſoulève les parois de la poche herniaire, les fait gliſſer entre ſes doigts, pour s'aſſurer qu'aucune partie ne reſte dans le ſac.

3°. Certain que les parties qu'il ſoulève ne ſont

autres que la peau & le ſac, il charge un aide de faire autour de leur baſe pluſieurs circulaires avec un fil de lin ciré, d'une médiocre groſſeur, fixé à chaque tour par un double nœud, & ſerré de manière à n'occaſionner qu'une douleur peu conſidérable.

4°. La tumeur ainſi liée eſt enveloppée d'un matelas de charpie, ſoutenu par une ou deux compreſſes qu'aſſujettiſſent des circulaires, eux-mêmes fixés par un ſcapulaire.

XX. Un gonflement léger ſe manifeſte communément le lendemain, ſur les parties étranglées; ainſi voit-on ſe gonfler un polype dont la baſe a été liée. Aucune douleur n'accompagne cette tuméfaction ſouvent à peine ſenſible, comme on le voit dans la première des obſervations raſſemblées ſur cette opération, dans le journal de chirurgie. Le ſur-lendemain ou le troiſième jour, les parties s'affaiſſent, & alors la ligature ſe relâche; on en place une nouvelle de la même manière que la première, & avec la précaution de la ſerrer un peu plus. La ſenſibilité des parties, augmente par l'inflammation que déjà y a produit la conſtriction du fil, rend ordinairement plus douloureuſe cette ſeconde ligature; même panſement que pour l'opération. Bientôt on voit la tumeur devenir terne, livide, & s'affaiſſer: une troiſième ligature, appliquée comme les autres, y intercepte entièrement la circulation. Elle devient noire, ſe fane & tombe communément au huitième ou dixième jour. Un petit ulcère en réſulte; panſé méthodiquement avec de la charpie sèche, il ſe guérit peu de temps après, & laiſſe l'ombilic aſſez réſiſtant pour que la toux & les efforts imprimés aux muſcles abdominaux n'y déterminent aucune impulſion.

XXI. Il eſt utile pendant les deux ou trois premiers mois qui ſuivent l'opération, de faire porter à l'enfant un bandage circulaire, afin d'empêcher plus efficacement que les viſcères, pouſſées contre la cicatrice, ne dérangent le travail de la nature, occupée pendant ce temps à reſſerrer peu à peu l'ouverture ombilicale.

XXII. Je pourrois accumuler ici une foule d'obſervations où l'expérience confirmeroit la pratique que je viens d'établir; mais déjà pluſieurs ont été raſſemblées dans le journal de chirurgie. Ce ſeroit inutilement allonger ce mémoire que d'y en ajouter encore. Il ſuffira de ſavoir que depuis qu'elles ont été publiées, Deſault a pratiqué une foule d'opérations de cette eſpèce avec un égal ſuccès, que chaque ſemaine pluſieurs enfans étoient apportés par leur mère à l'amphithéâtre où il donnoit publiquement ſes leçons, que là la ligature étoit faite ſous les yeux de tous ſes élèves; que l'enfant, reporté chez ſes parens, étoit enſuite ramené tous les jours ſuivans au panſement, juſqu'à ſa complète guériſon.

XXIII. Mais on peut douter, dit Sabatier, en citant l'article du journal, où Deſault traite de ces maladies, que ces enfans aient été débarraſſés de leur hernie, qui peut être revenue quelque temps après. Une foule de faits éclairciſſent ce doute; pluſieurs ramenés à la conſultation publique de Deſault, longtemps après leur opération, pour des maladies étrangères à celle-ci, y ont été examinés par les nombreux élèves qui y aſſiſtoient, & qui tous ont reconnu la complète oblitération de l'anneau, & le défaut d'impulſion des viſcères de l'abdomen, dans l'action de touſſer, d'éternuer, &c. D'autres enfans exiſtent à

la connoiſſance de la plupart des chirurgiens de l'Hôtel-Dieu, parfaitement guéris de leur hernie ombilicale par l'opération que Deſault a reſſuſcitée. Deux jeunes perſonnes opérées depuis quatre ans, ſont, à ma connoiſſance, parfaitement rétablies, & n'éprouvent aucun reſſentiment de leur tumeur.

XXIV. Le ſuccès de cette opération, preſque certain dans les enfans en bas âge, ſemble devenir moins aſſuré à meſure qu'on s'éloigne de l'enfance. Les obſervations ſuivantes ſerviront non à le prouver, (car peut-on établir un principe général ſur ſi peu de faits)? mais à le faire ſoupçonner.

OBS. III. Marie Riget, âgée de dix-huit mois, fut apportée à la leçon clinique de Deſault, pour y être opérée d'une hernie ombilicale, par la ligature qui fut pratiquée à la manière ordinaire; le ſeptième jour la tumeur tomba; le dix-ſeptième, l'ulcère étoit cicatriſé. Six mois après, ramenée à l'amphithéâtre, cet enfant fut vue par tous les élèves ſans aucune trace de ſa maladie.

OBS. IV. Jean Niclos, âgé de 4 ans, fut opéré de la même manière; la chute de la tumeur eut lieu le huitième jour, l'ulcère guérit le vingtième. Ramené à la conſultation deux mois après, on ſentoit, malgré la précaution qu'il avoit de porter un bandage, l'impulſion des viſcères contre l'ouverture qui n'étoit pas encore entièrement fermée. Elle le fut cependant entièrement le ſixième mois, époque à laquelle Deſault eut occaſion de le revoir.

OBS. V. Jeanne d'Arcet, âgée de 9 ans, fut amenée de province pour une hernie ombilicale de naiſſance; appelé auprès d'elle, Deſault propoſa l'opération qu'il n'avoit jamais encore pratiquée à

un âge aussi avancé : elle fut faite avec succès ; la cicatrice se forma promptement ; mais deux mois après les parens mandèrent à Desault que la tumeur reparoissoit ; il conseilla l'application d'un bandage qui n'empêcha pas, six mois après, la hernie ombilicale, d'être aussi volumineuse qu'auparavant.

XXV. Cette dernière observation paroît contraire à celle de Celse qui opéroit ou voyoit opérer avec succès les enfans jusqu'à 14 ans. Elle est une conséquence du principe ci-devant établi, que la tendance de l'anneau à se resserrer se perd à mesure qu'on avance en âge. Desault étoit revenu à cette vérité dont il sembloit douter, lorsqu'il dit, dans son journal, que peut-être réussiroit-elle (la ligature) dans les adultes.

On voit dans les trois faits précédens, la réussite suivre exactement la raison de l'âge ; être complète à 18 mois, difficile à obtenir à 4 ans, impossible à 9. Plusieurs autres exemples d'opérations pratiquées trop tard, ont offert les mêmes résultats.

RÉFLEXIONS

SUR le traitement des hernies étranglées.

§. Ier.

I. L'opération de la hernie, eſt comme toutes les autres, une reſſource extrême, où l'art d'attendre doit précéder celui d'agir, & qu'il ne faut embraſſer que lorſque tous les moyens de l'éviter ont été épuiſés. Ces moyens ſont nombreux pour l'homme qui veut connoître tout ce qu'on a écrit ſur chaque point de chirurgie. Pour le praticien judicieux ils ſe réduiſent à un petit nombre. Parmi eux ſe remarque ſurtout le taxis, conſacré par la pratique de tous les âges, par l'habitude de tous les gens de l'art. Un malade eſt-il attaqué d'un étranglement herniaire? le premier ſoin eſt de faire des tentatives de réduction, d'eſſayer de forcer l'obſtacle qui s'oppoſe à la rentrée de l'inteſtin; d'exercer ſur la tumeur, des preſſions en divers ſens. Les autres moyens ne ſont que conſécutivement employés. Examinons cette pratique au jour de l'expérience & de la raiſon. L'étranglement des hernies eſt de deux ſortes, par engouement & par inflammation. Suivant chaque eſpèce le taxis doit être conſidéré différemment.

II. Doit-on tenter le taxis dans les hernies étranglées avec inflammation? Deſault n'a voulu répondre

que d'une manière indirecte à cette question, dans son journal de chirurgie, en y rassemblant beaucoup de cas où la guérison a été obtenue sans aucun effort de réduction & par le simple usage des moyens relâchans. Ce n'étoit point encore, comme il l'observe, le moment de heurter de front un préjugé presque généralement reçu. Mais aujourd'hui qu'assez de faits appuient sa doctrine, on peut la présenter à découvert, & telle que long-temps il l'a enseignée.

111. Le taxis, dans les hernies étranglées par inflammation, peut se considérer à deux périodes, 1°. dans les premiers instans de l'étranglement; 2°. après l'emploi plus ou moins continué des autres moyens. Faut-il le tenter dans le premier période, & faire comme le vulgaire des gens de l'art, dont le premier soin, en arrivant auprès de ces sortes de malades, est d'essayer la réduction? Abstenez-vous toujours de cette pratique; car ou l'étranglement est peu considérable, ou il offre beaucoup de résistance. Dans le premier cas, les bains, la situation, les applications émollientes suffiront toujours pour faire rentrer l'intestin par le relâchement qui en sera l'effet. Sans doute que dans quelques cas on obtiendroit par le taxis, un plus prompt résultat; mais à côté de tous ces cas, placez ceux où les efforts, quoique légers, augmenteront l'inflammation, le gonflement des parties, ajouteront au degré de l'étranglement, & sous ce rapport, non-seulement seront inutiles, mais même très-funestes en empêchant l'effet des moyens relâchans employés après eux, & vous verrez si la probabilité de quelques succès doit compenser la certitude d'une foule de revers. On peut le dire, la plupart des hernies ne deviennent irréductibles que

par les tentatives faites pour les réduire ; & sans ces tentatives inconsidérées, le plus communément, elles rentreroient presque spontanément dans le cas qui nous occupe, c'est-à-dire dans celui où l'étranglement est peu considérable.

IV. Mais si la résistance est grande, cas où l'on croit faussement que le taxis ne promet de succès qu'en employant de grands efforts, des dangers bien plus réels sont à craindre en tentant ces efforts. Les vaisseaux des parties membraneuses que renferme la hernie, plus distendus que de coutume par les fluides qu'y a attirés l'inflammation, rendent ces parties plus susceptibles d'être contuses & échimosées : leur contusion est donc la suite presque inévitable des fortes pressions exercées sur la tumeur ; de-là des accidens également à craindre, soit qu'on ne parvienne pas à faire la réduction, soit qu'on y réussisse.

V. Si on ne peut réduire l'intestin par ces efforts multipliés, ce qui arrive le plus souvent, l'opération reste, unique & dernière ressource ; or, comptez rarement sur sa réussite, à la suite de ces efforts. L'expérience le prouve chaque jour à l'Hôtel-Dieu, où, en plaçant les malades opérés pendant une année sur deux listes, l'une consacrée à ceux chez lesquels aucune tentative n'a été faite, l'autre à ceux qui en ont éprouvé ; on trouve les succès de la seconde dans une disproportion manifeste avec ceux de la première.

VI. Desault citoit chaque année, dans ses cours, plusieurs observations à l'appui de cette doctrine ; je n'en rapporterai qu'une ; elle est frappante.

OBS. I. Un homme très-connu dans la république des lettres, fut attaqué d'un étranglement à une

hernie qu'il portoit depuis ſa naiſſance. Différentes perſonnes de l'art, appelées à l'inſtant de l'accident, firent ſucceſſivement, les unes après les autres, de grandes tentatives pour opérer la réduction des parties. Conſulté le ſoir, Deſault reconnut à la forme maronnée de la tumeur, qu'elle étoit de nature à ne pas rentrer : il propoſa l'opération qui fut pratiquée ſur-le-champ, dans la crainte bien fondée des accidens, conſécutifs aux efforts de réduction. Si jamais opération dut réuſſir, c'eſt ſans doute celle-ci. L'étranglement ne duroit que depuis quinze heures; le malade étoit fort, vigoureux. Tout étoit favorable de ſon côté; mais l'inciſion du ſac fit voir un état comme gangreneux dans les parties devenues noirâtres & livides; cependant les inteſtins furent réduits, parce que la contuſion, & non la mortification des inteſtins, leur donnoit cet aſpect. Le malade parut mieux aller pendant ſix heures, mais après, les accidens augmentèrent & il mourut le troiſième jour.

VII. Vingt autres exemples pourroient, ajoutés à celui-ci, fournir les mêmes inductions. Quelque promptitude qu'on mette à opérer, quelque à propos qu'il y ait dans l'état du malade, rarement elle réuſſit à la ſuite de ces efforts inconſidérés; auſſi Deſault fondoit-il principalement ſur cette circonſtance ſon diagnoſtic qui rarement ſe trouvoit en défaut. Eſpérez toujours, diſoit-il, d'une hernie à laquelle on n'a point touché avant l'opération. Il a obtenu des ſuccès complets au bout du quatrième, cinquième jour même de l'étranglement, tandis que dans le cas contraire, il a eſſuyé, preſque conſtamment, ſur-tout quand les tentatives avoient été conſidérables, le réſultat funeſte qu'offre l'obſervation précédente.

VIII. Il suit de-là que le taxis, lorsqu'on ne réussit pas à faire rentrer les parties, a toujours, sur l'opération qui le suit, une influence plus ou moins fâcheuse. Or, le cas le plus ordinaire est sans doute celui où en effet on ne réussit pas à la réduction, sur-tout si l'obstacle est considérable : supposons cependant qu'on y parvienne; il s'en faut alors que le malade ait échappé aux suites malheureuses du taxis. Les parties qu'on a fait rentrer en les comprimant avec force, s'irritent, s'enflamment dans la cavité abdominale; se gangrènent & donnent lieu à des épanchemens. Contuses, échymosées, elles perdent le ressort nécessaire à la progression des matières dans le tube intestinal; il y a comme pendant l'étranglement, rétention de ces matières qui ne peuvent arriver à l'anus; les hoquets, les vomissemens stercoraux continuent, le pouls s'affoiblit, & le malade périt au bout de quelques jours.

OBS. II. Desault fut appelé quelque temps avant sa mort, pour voir un homme affecté depuis deux jours d'un étranglement inflammatoire à une hernie inguinale qu'il portoit depuis sept ans; les douleurs étoient vives; on ne fit aucune tentative de réduction. Un bain fut prescrit, puis on recouvrit la tumeur d'un cataplasme émollient. Le soir, aucune apparence de mieux ne se manifestant, le ventre commençant même à se météoriser, Desault proposa l'opération. On n'y souscrivit qu'après avoir préalablement rassemblé des consultans, qui voulurent, avant tout, essayer de faire rentrer les parties. Deux d'entre eux firent de vains efforts, mais le troisième, en poussant en tout sens, força enfin la résistance & la réduction fut faite; déjà on se félicitoit, mais

Desault pronostiqua une fâcheuse issue, suite de la contusion des parties. En effet, les vomissemens subsistèrent; la liberté dans le cours des matières ne revint point; la mort survint le troisième jour, & l'ouverture du cadavre montra l'iléon fortement distendu par des vents & des matières. Il étoit livide & noirâtre à l'endroit du resserrement.

IX. Il en est des hernies étranglées comme de l'introduction des sondes dans les rétrécissemens de l'urètre; il faut, avant de recourir aux derniers moyens, que chacun se soit épuisé en secours préliminaire; il faut que l'effort de tous les consultans passe, pour ainsi dire, sur la tumeur; s'ils sont nombreux, est-il possible qu'elle ne soit pas meurtrie, déchirée, sur-tout si, comme il arrive, chacun cherche à l'envi à obtenir, à force de pressions, ce à quoi n'a pu réussir celui qui l'a précédé?

X. De ce qui a été dit (IV-IX), il résulte que lorsque l'étranglement offrant une grande résistance, nécessite de grands efforts dans le taxis, il est toujours dangereux de tenter ces efforts, dont les suites sont également funestes, soit qu'on obtienne par eux la réduction, soit, comme il arrive le plus souvent, qu'on ne l'obtienne pas. Mais, d'un autre côté, nous avons vu (III) que si le resserrement est peu considérable, le taxis étoit inutile: donc on peut établir en principe général que dans les premiers instans de l'étranglement, il faut toujours s'en abstenir, & se borner à l'emploi des moyens relâchans. Sans doute qu'en obéissant à ce précepte, quelques hernies qui auroient été heureusement réduites, nécessiteront un traitement plus incertain. Mais qu'est cet inconvénient comparé à ceux que nous venons de tracer?

XI. Si le taxis doit être toujours proſcrit dans les premiers inſtans de l'étranglement, il n'en eſt pas de même, lorſque, par l'uſage des moyens relâchans, on eſt parvenu à ramollir la tumeur, à la faire même en partie rentrer; achevez alors doucement ce que déjà vous avez fait en grande partie par le traitement. Le moindre effort ſuffit; arrêtez-vous, ſi trop de réſiſtance s'offre, ſi la tumeur préſente toujours la même dureté, la même rénitence: recommencez l'emploi des mêmes moyens, ou recourez à l'opération ſuivant les circonſtances. Deſault n'employoit jamais le taxis que de cette manière; il forçoit moins qu'il n'aidoit la réduction. Il faut, ſi l'on peut s'exprimer ainſi, que les moyens relâchans aient déjà levé l'étranglement & preſque amené la hernie à ſon état ordinaire, avant de tenter aucun effort. Au reſte ceci deviendra plus clair dans le paragraphe ſuivant, où je vais expoſer la méthode de traitement des hernies étranglées par inflammation.

§. II.

XII. Mon objet n'eſt point ici de paſſer en revue tous ces nombreux moyens ajoutés au taxis pour aider à la réduction. Ils appartiennent à l'homme érudit, & ne ſont pas le domaine du praticien. Traçons ſeulement dans les obſervations ſuivantes, ceux employés par Deſault.

OBS. III, (par Boulet). Pierre Morlet, âgé de 66 ans, portoit depuis ſa naiſſance une hernie épiploïque droite; un mauvais bandage appliqué deſſus ne la contenoit nullement. Depuis vingt ans elle n'étoit pas rentré. Le 30 ſeptembre 1790, il éprouva,

dans un effort pour soulever un fardeau, une vive douleur vers l'anneau; un bruit comme de parties qui se déchiroient, plus un gargouillement dans les intestins se firent entendre à l'instant. La tumeur doubla de volume; des vomissemens survinrent, se propagèrent dans la nuit, augmentèrent le lendemain, où le malade fut transporté à l'Hôtel-Dieu.

Le ventre étoit tendu & douloureux; une tumeur volumineuse s'étendoit de l'anneau à la partie inférieure des bourses, dont la peau étoit rouge, lisse & luisante. L'épiploon en haut, en bas un anse d'intestin, facile à sentir avec les doigts, composoient cette tumeur.

Le malade, dès l'instant de son arrivée, fut mis dans le bain; il ne le supporta que trois quarts-d'heure, & en ressentit d'abord peu de soulagement. Les vomissemens cessèrent cependant peu de temps après; il n'avoit pas bu depuis quelque temps. Il fut horizontalement couché dans son lit, la tête un peu élevée, les cuisses légèrement fléchies sur le bassin & soutenues par un oreiller placé sous les jarrets.

Un lavement fut administré; il entraîna les matières dures contenues dans les gros intestins; on recouvrit la tumeur d'un large cataplasme, & l'on prescrivit pour boisson une légère décoction de chiendent donnée par cuillerée, pour éviter le vomissement, & édulcorée avec un peu de syrop de guimauve. Les nausées devinrent plus rares, mais les hoquets conservèrent la même fréquence & la même intensité.

Le soir moins de tension & de douleur se remarquoient dans la tumeur; les hoquets étoient plus éloignes; un nouveau bain fut prescrit & renouvelé le lendemain; dans l'intervalle, un cataplasme fut

appliqué ſur la tumeur, & on donna un lavement : une abondante évacuation en fut le réſultat ; la tumeur s'amollit ſenſiblement. On mit encore le malade dans le bain.

Le volume de la maſſe épiploïque avoit un peu diminué ; mais elle formoit encore devant l'anneau un bourelet conſidérable qui s'oppoſoit à ſa rentrée dans le bas-ventre. Les cataplaſmes continués pendant quatre jours, l'amollirent encore un peu, & l'on parvint enfin à faire avec facilité la réduction de cette partie. Le malade qui, juſque-là, n'avoit eu de ſelles qu'à l'aide des lavemens, en eut ſpontanément trois copieuſes la nuit ſuivante.

L'anneau inguinal, très-dilaté, laiſſoit ſortir, au moindre mouvement, une portion de l'épiploon, qu'il étoit d'autant plus difficile de retenir, après l'avoir réduit, que le malade étoit tourmenté d'une toux violente. On parvint cependant à contenir la hernie par la ſituation horizontale & au moyen de compreſſes graduées aſſujetties par le ſpica, en attendant un bandage convenable.

La toux ſe calma bientôt, & cet homme ſortit de l'Hôtel-Dieu le douzième jour de ſon entrée.

OBS. IV, (par Hernu). Marianne Bée, âgée de 42 ans, éprouve ſubitement une vive douleur au ſommet de la cuiſſe, dans un effort pour lever un fardeau ; une tumeur herniaire, qu'elle portoit depuis cinq ans à l'arcade crurale, devient à l'inſtant plus volumineuſe ; des nauſées & bientôt après des hoquets & des vomiſſemens ſurviennent, durent pendant quatre jours, ceſſent une nuit & reviennent bientôt.

La malade vient alors conſulter Deſault qui l'engage à reſter à l'Hôtel-Dieu ; elle s'y refuſe ; retourne

chez elle à cheval. Les accidens augmentent; le lendemain elle revient à l'Hôtel-Dieu.

A son arrivée elle est placée horizontalement dans un bain; elle y reste deux heures, & déjà les accidens sont moindres. La tumeur est ensuite recouverte de cataplasmes émolliens, & l'on donne un lavement simple qui procure une légère évacuation. La nuit se passe tranquillement.

Le lendemain, bain deux fois répété; disparution presque entière des accidens. Cependant les lavemens ne donnent encore issue qu'aux matières contenues dans les gros intestins: le quatrième jour, nouveau bain, suivi d'un lavement qui produit une abondante évacuation bilieuse; diminution manifeste de la tumeur; l'usage continué encore quelques jours des cataplasmes, la fait bientôt disparoître, à part une petite portion que ses adhérences retiennent à l'arcade crurale.

XIII. On voit que dans les observations précédentes, les relâchans composent presque tout l'appareil des moyens de réduction. Les bains présentent sur-tout des avantages frappans. Aussitôt qu'un malade arrivoit à l'Hôtel-Dieu avec une hernie étranglée, le premier soin étoit de l'y placer pendant tout le temps qu'il pouvoit le supporter; quelques heures après on le réitéroit, & ainsi de suite deux & même trois fois par jour. Souvent au sortir de l'eau la hernie rentroit, sur-tout s'il en étoit résulté une espèce de défaillance. En général le succès dépend beaucoup de la situation du malade dans le bain; qu'il y soit comme dans son lit, couché de manière à ce que toutes les parties se trouvent dans le relâchement; un drap tendu dans la baignoire horizontalement & fixé sur ses côtés, de telle

telle ſorte qu'il ne touche point au fond, ſert à remplir cette indication. La moindre gêne dans les muſcles contre-balanceroit l'effet de ce moyen dont les effets ſont quelquefois ſurprenans.

XIV. Dans l'intervalle des bains, l'uſage des cataplaſmes peut, juſqu'à un certain point, y ſuppléer. Que la tumeur en ſoit conſtamment humide; les meilleurs ſont en général ceux qu'on fait avec l'eau de guimauve & la mie de pain; celle de toutes les ſubſtances qui a la propriété, après la farine de graine de lin qui eſt beaucoup plus chère, de s'emparer d'une plus grande quantité d'eau & de la retenir plus long-temps.

XV. Les lavemens, eſpèce de bain interne, d'autant plus avantageux qu'il eſt plus immédiatement appliqué, doivent encore tenir un rang diſtingué dans le traitement des hernies étranglées par inflammation. Outre le relâchement qu'ils procurent, ils débarraſſent les gros inteſtins des matières, communément très-dures, qui les rempliſſent, les irritent & ajoutent ſous ce rapport aux accidens de l'étranglement.

XVI. Lorſque la dureté, la ſenſibilité extrême de la tumeur, la tenſion du ventre, la dureté du pouls & autres ſignes acceſſoires, indiquent beaucoup d'inflammation, la ſaignée doit être aſſociée aux moyens précédens; quelquefois ſes effets ſont miraculeux, ſur-tout lorſque la ſyncope en réſulte; ſouvent alors la tumeur diſparoît ſubitement, comme Deſault l'a ſouvent remarqué. Ajoutez à tous ces moyens la ſituation du malade, dont les règles générales ſe retrouvent par-tout, & vous aurez le tableau des moyens les plus efficaces pour la rentrée des tumeurs herniaires étranglées par inflammation.

XVII. Si l'usage de ces moyens ramollit la tumeur, & la fait en partie rentrer, tentez alors quelques légers efforts ; ils suffiront pour achever la réduction ; mais si la tumeur reste dure, qu'elle soit comme maronnée, que le ventre se météotise, que les hoquets, les vomissemens subsistent, que le pouls s'affoiblisse, hâtez-vous alors d'opérer, tout retard seroit funeste.

§. III.

XVIII. Nous venons de voir (I-XVII) d'un côté les dangers du taxis dans l'étranglement inflammatoire, de l'autre les moyens d'y suppléer pour la réduction des parties. Examinons maintenant ce qu'il faut penser de cette opération dans l'étranglement par engouement. S'il est un cas où l'on puisse la permettre, c'est sans doute celui-ci, où le plus souvent la tumeur se présénte sans douleur ni tension bien marquées. Gardez-vous cependant alors de faire comme ces praticiens qui pétrissent la hernie (c'est leur expression), pour la faire rentrer. A l'engouement se joindroit bientôt l'inflammation, & un état pire que l'étranglement inflammatoire primitif en résulteroit. Desault a souvent remarqué ces effets funestes d'efforts inconsidérés; ils ne doivent pas surprendre : car ponr peu que les matières aient séjourné dans l'anse intestinale, elles y acquièrent une acrimonie qui irrite cette anse; or, si à cette irritation vons ajoutez celle du taxis, sur-tout en le réitérant chaque jour, comme on le recommande dans les mémoires de l'académie, on conçoit quel en sera l'effet.

XIX. Il faut en dire de même des purgatifs en général, & du sel d'Epsom en particulier, dont quelques résultats heureux ont été communiqués à l'académie.

Ils pouſſent plus de matières dans la tumeur, la diſtendent, l'irritent, s'oppoſent à la rentrée des parties. Même jugement ſur les lavemens irritans, ceux de fumée de tabac, par exemple ; Deſault en a vu les plus graves inconvéniens chez un homme de la place Maubert, qui mourut deux heures après l'uſage imprudent de ce remède. Comptez auſſi très-peu ſur toutes les attitudes variées, recommandées par divers auteurs, ſur celle par exemple où le malade eſt placé ſur les coudes & les genoux, à la méthode de Winſlow, ou ſuſpendu la tête en bas, comme le propoſent Fabrice d'Aquapendente, Covillard, Sharp, Bell & Louis.

XX. Deſault retiroit en général un grand avantage des bains, ou lavemens ſimples & même de l'application des ſubſtances émollientes ſur la tumeur, application généralement déſapprouvée dans l'engouement, où déjà, dit-on, trop de relâchement exiſte, mais qui devient cependant indiſpenſable à la ſuite des efforts du taxis, pour diminuer l'irritation qui en eſt le réſultat. L'obſervation ſuivante, extraite du journal de chirurgie, nous offre le tableau de ſa pratique en ce cas.

OBS. V. La femme Chapron, blanchiſſeuſe, âgée de 24 ans, vint à l'Hôtel-Dieu le 21 mars 1792, pour une hernie crurale *engouée* depuis quinze jours. On avoit employé inutilement, dans les derniers temps, le *taxis* & les ſaignées. Les coliques & les nauſées avoient augmenté ; les vomiſſemens & les hoquets étoient devenus très-fréquens, & le ventre douloureux & tendu.

Un bain de deux heures diminua la tenſion de l'abdomen ; mais les hoquets & les vomiſſemens

subsistèrent encore pendant quelques heures. On couvrit la tumeur d'un cataplasme, & l'on fit prendre à la malade un lavement simple qui n'entraîna que des matières durcies qui se trouvoient amassées dans les gros intestins.

Tous les accidens cessèrent, & la tumeur diminua sensiblement la nuit suivante; elle disparut entièrement le lendemain, après un second bain suivi d'un lavement. La liberté du ventre se rétablit aussitôt, & la femme sortit de l'hôpital le quatrième jour de son entrée, & le dix-neuvième des premiers accidens.

§. IV.

XXI. Si les moyens décrits ci-dessus sont insuffisans, l'opération de la hernie reste seule & unique ressource. Desault n'a pas assez ajouté à cette opération, pour qu'elle soit ici traitée d'une manière méthodique. Cependant les détails opératoires précieux qui lui appartiennent, sur-tout dans le bubonocèle, doivent être exposés. L'observation suivante, recueillie par Boulet, en offrira le tableau, en même temps qu'elle nous montrera le succès qu'on doit attendre des hernies où le taxis n'a point été employé.

OBS. VI. Charles Leroux avoit eu, dans son enfance, une hernie inguinale du côté droit, qu'un simple bandage de toile porté pendant quelques mois, avoit suffi pour contenir, & qui n'avoit plus reparu jusqu'à l'âge de 17 ans.

Le 19 août 1790, dans un effort considérable, une douleur subite se fit sentir à l'anneau, où parut une tumeur ovalaire de deux pouces d'étendue; un bruit comme de déchirure se fit entendre; des nausées &

bientôt après des vomiſſemens ſurvinrent. Un chirurgien appelé auſſitôt, ſaigna le malade, conſeilla de le porter à l'Hôtel-Dieu, & *ſur-tout de ne point comprimer la tumeur.* On ne l'apporta cependant que le lendemain à l'hôpital. Les douleurs de l'aine étoient très-vives, les vomiſſemens fréquens, le pouls peu élevé.

Dès l'inſtant de ſon arrivée, le malade fut mis au bain; un lavement lui fut enſuite donné ſans qu'aucun ſoulagement en fût l'effet. La tumeur raſée fut recouverte d'un cataplaſme; on preſcrivit pour boiſſon une tiſane de chiendent avec un peu de ſyrop de guimauve à prendre par cuillerée.

Le ſoir, les accidens étoient les mêmes, & en outre le bas-ventre étoit devenu douloureux; on réitéra le bain & le cataplaſme; la nuit fut agitée : le lendemain la tumeur étoit plus dure, le ventre plus ſenſible, les nauſées continuelles, le pouls petit, concentré, & le malade très-affoibli; un nouveau bain ne calma point les accidens. Seule, l'opération pouvoit y remédier; on la pratiqua de la manière ſuivante :

Le chirurgien fit à la partie ſupérieure de la tumeur un pli tranſverſal dont un aide ſoutint une des extrémités, tandis que lui-même tenoit l'autre, inciſa ce pli, juſqu'à ſa baſe, d'un ſeul coup de biſtouri, & dans la direction de la tumeur, ſaiſit enſuite l'un des côtés de l'angle inférieur de la plaie, fit ſoulever l'autre par un aide, & élevant ainſi ſucceſſivement la portion de peau qu'il alloit couper, continua l'inciſion juſqu'au bas de la hernie. Une artère ſituée près le bord externe de la plaie, fut liée. La tumeur étant récente, le ſac herniaire parut auſſitôt à découvert.

Le chirurgien en saisit le milieu avec des pinces à disséquer, le coupa par couches & en dédolant, jusqu'à ce qu'il eût fait une ouverture suffisante pour passer une sonde cannelée, sur laquelle il le fendit dans toute sa longueur & dans la direction de l'incision de la peau. Cette poche contenoit une anse d'intestin longue d'environ trois pouces, déja d'un rouge brun, placée à la partie antérieure & au côté externe du cordon des vaisseaux spermatiques.

L'étranglement étoit formé par l'anneau & on ne parvint, qu'avec peine, à y introduire une sonde cannelée qui fut tenue par un aide, tandis que le chirurgien éloignoit lui-même l'intestin à l'aide de deux doigts placés derrière la sonde. Avec ces précautions, il conduisit un bistouri ordinaire le long de la cannelure, & débrida l'anneau en haut & en dehors. Une incision d'environ une ligne & demie suffit pour lever l'étranglement. Le chirurgien fit sortir une plus grande portion de l'intestin qui se trouva parfaitement sain au-dessus & au-dessous de l'étranglement. Il le comprima alors légèrement avec la paume de la main, & en faisant de petits mouvemens pour faire rentrer dans le bas-ventre une partie des matières qu'il contenoit; il le réduisit ensuite sans difficultés, en poussant l'un des bouts vers l'anneau & en l'y retenant, à l'aide des doigts indicateurs qui agissoient alternativement.

Pour le pansement, on enfonça jusque dans l'anneau inguinal, le milieu d'un linge fin, criblé de petits trous & rempli de charpie brute. Un gâteau de charpie, trois compresses longuettes & le bandage en double T, composèrent le reste de l'appareil.

Les accidens disparurent dès l'instant de la réduction; quatre heures après le malade alla à la garde-robe; & la nuit suivante il eut neuf à dix selles bilieuses, abondantes & très-liquides. Il en eut de semblables & presque d'aussi fréquentes le lendemain & le sur-lendemain. Vers la fin du second jour on arrosa l'appareil avec une décoction émolliente, ce que l'on fit tous les jours jusqu'au quinzième. A cette époque, le pus étant lié & peu abondant, on n'employa plus que de la charpie sèche.

Tout alla parfaitement jusqu'au quinzième jour; la plaie n'avoit plus alors qu'un pouce d'étendue; mais à cette époque les bords en devinrent sensibles, le fond s'éleva un peu & prit une couleur blafarde. Comme le malade faisoit bien toutes ses fonctions, qu'il avoit de l'appétit, & qu'on ne pouvoit soupçonner une mauvaise disposition des premières voies, on jugea que ce symptôme étoit produit par une irritation purement locale. La quantité des alimens fut cependant un peu diminuée. On toucha la plaie avec la pierre infernale, & l'on pansa le lendemain & les jours suivans, avec la décoction émolliente. Ce traitement réussit: la cicatrisation fit bientôt de nouveaux progrès, & fut enfin achevée quarante-neuf jours après l'opération. Le jeune homme sortit de l'hôpital quelques jours après, lorsque la cicatrice fut assez solide pour supporter la pelotte d'un bandage élastique.

XXII. Cette observation nous offre les détails du procédé opératoire dans les cas ordinaires. Reprenons ceux de ces détails qui appartiennent à Desault, en glissant sur ceux communs à tous les auteurs. Les

praticiens s'accordent généralement sur la direction à donner à l'incision des tégumens ; mais la manière de l'agrandir, lorsqu'elle est insuffisante, varie : presque tous conseillent l'emploi de la sonde cannelée glissée sous la peau, & sur laquelle on incise ; mais c'est ajouter une douleur à celle de l'instrument tranchant, par le déchirement des parties nerveuses qui vont s'épanouir à la peau, & il vaut mieux tendre en soulevant chacun de ses bords, l'angle inférieur de la plaie pour le prolonger ensuite à volonté ; remarque applicable au plus grand-nombre des opérations. Dans ce mode d'opérer, il faut que la tension des bords soit uniforme ; sans cela l'incision seroit inégale & comme festonée. Prolongez-la en général plus que moins, en haut pour bien mettre l'anneau à découvert, en bas pour éviter le cul-de-sac où peuvent venir s'accumuler les matières.

XXIII. Le débridement de l'anneau suppose deux choses, 1°. le lieu où on doit le faire ; 2°. la manière de le pratiquer. Le lieu du débridement doit être principalement déterminé par l'artère épigastrique, qu'il faut chercher à éviter. Plusieurs praticiens pensent que sa lésion est impossible, mais l'inspection des cadavres, & le fait de Bertrandi se réunissent pour les démentir. Or, on a donné sur ce point des préceptes tout opposés. Les uns avec Heister, Garengeot & Bertrandi, veulent qu'on incise en dedans ; les autres avec Sharp, Lafaye, qu'on pratique l'incision en dehors, &c. diversité qui paroît tenir, comme l'observe Sabatier, à la position variable de l'artère, située tantôt d'un côté, tantôt de l'autre ; il faudroit donc trouver une règle qui pût, dans l'opération, nous

servir de guide invariable, & nous mettre, quel que soit le lieu de l'artère, à l'abri de sa lésion. Desault tiroit cette règle de la situation du cordon spermatique par rapport à la tumeur, & une foule d'observations faites par lui & par divers chirurgiens des hôpitaux de province & de Paris, l'ont assuré qu'elle n'étoit jamais trompeuse. Incisez, disoit-il, en haut & en dehors, si le cordon est derrière le sac ou à son côté interne, en haut & en dedans, s'il se rencontre devant le sac ou à son côté externe. Or, comme il a presque toujours la première position, c'est presque toujours dans le premier sens que doit être fait le débridement.

XXIV. Les auteurs recommandent, pour ce débridement, une foule d'instrumens tous plus ou moins compliqués, & qui ajoutent à l'arsenal du chirurgien, sans ajouter au progrès de la chirurgie. La sonde cannelée & le bistouri suffisent constamment. La première doit porter une cannelure plus profonde & plus élargie qu'à l'ordinaire, afin que le second ait moins de facilité à l'abandonner; de-là le volume presque double dans la tige de la sonde qu'employoit Desault. Pour l'introduire, cherchez l'endroit le moins résistant; ce n'est pas toujours celui où doit être fait le débridement; souvent des adhérences, l'étroitesse de l'ouverture l'empêchent de pénétrer-là; alors insinuez-la vers le côté opposé du sac, ou même relevez doucement l'intestin pour la faire pénétrer au-dessous, & lorsque vous aurez réussi, que de petits mouvemens de rotation sur son axe vous servent à la conduire vers l'endroit à inciser. Cette remarque est essentielle. Le chirurgien abaissant alors

d'une main le paquet inteſtinal, conduit de l'autre le biſtouri ſur la ſonde qu'un aide eſt chargé d'aſſujettir. Peu d'étendue ſuffit à l'inciſion pour faire rentrer les parties ; c'eſt aſſez d'une ligne ou deux : d'ailleurs il vaut mieux s'expoſer à y revenir une ſeconde fois, parce que les malades reſtent d'autant plus expoſés aux hernies que l'ouverture eſt plus grande.

XXV. L'obſtacle étant levé, la réduction s'opère par les moyens généralement connus ; lorſqu'elle eſt finie, n'employez qu'un panſement ſimple ſuperficiel. Il n'eſt pas de crainte du côté de l'hémorragie, lorſque les vaiſſeaux ont été bien liés pendant l'opération. Le morceau de linge criblé de trous, dont ſe ſervoit Deſault, a l'avantage, 1°. de laiſſer échapper mieux qu'un autre les matières fluides qui ſortent du bas-ventre ; 2°. d'empêcher auſſi bien la charpie de pénétrer dans la plaie ſur laquelle il eſt immédiatement ſitué. Un gâteau de charpie, deux compreſſes longues, & un bandage en ſpica, ou même triangulaire, compoſent le reſte de l'appareil.

MÉMOIRE

SUR les anus contre nature.

§. Ier. *Réflexions générales.*

I. La digeftion n'eft pas tellement liée à l'enfemble des organes digeftifs, qu'elle ne puiffe s'exercer fans quelques-uns d'entre eux. L'eftomac & le conduit inteftinal font le fiége de cette fonction; mais chacune des extrémités de ce conduit a fur elle une influence différente. L'une fupérieure en eft comme le centre & le foyer; l'autre inférieure, n'y concourt prefque qu'indirectement. Ce n'eft, pour ainfi dire, qu'un tuyau excréteur. De-là le degré du danger de fa léfion, d'autant moindre qu'il eft intéreffé plus bas. De-là, dans l'ordre de la vie, la poffibilité des anus contre nature, reffource extrême que s'eft ménagée la nature, pour fuppléer dans l'excrétion des matières fécales à l'impuiffance des voies naturelles.

II. Les anus contre nature font toujours le réfultat d'une léfion à l'inteftin, produite tantôt par une plaie pénétrante dans le bas-ventre, tantôt par un abcès des parois inteftinales qui s'eft ouvert au dehors, pratiquée quelquefois méthodiquement par l'homme de l'art pour remédier à l'imperforation de l'anus, comme Default & avant lui Littre, ont eu occafion de le faire, fouvent fuite de l'opération de la hernie,

dans laquelle le bistouri a été imprudemment dirigé, mais le plus communément, effet de la gangrène de l'intestin, elle-même produite par l'étranglement qu'il a souffert, soit que cette gangrène ait été mise à découvert dans l'opération, soit que les tégumens de la tumeur herniaire enflammés ou abcédés par elle, se soient ouverts pour donner issue aux matières.

III. Peu d'exemples de cette maladie se rencontrent dans les anciens. Les modernes, qui l'ont plus souvent observée, ont en général méconnu l'état des parties qui forment l'ouverture; l'issue des intestins hors du bas-ventre, sembleroit même avoir échappé à tous les observateurs depuis Hippocrate qui l'avoit décrite, jusqu'à Fabrice de Hilden, qui, au commencement du siècle dernier, en a rapporté un exemple comme une chose inconnue & tout-à-fait extraordinaire. Il est donc essentiel de se former sur ce point des images précises & exactes.

§. II. *De l'état des parties dans l'anus contre nature.*

IV. Nous avons dit (II) que l'anus contre nature étoit toujours le résultat d'une lésion à l'intestin: or, cette lésion peut être de deux sortes: avec ou sans perte de substance: de-là deux espèces différentes d'anus contre nature. Le premier est l'effet d'un dépôt, de la gangrène, d'une plaie contuse, &c.; le second est le produit d'une plaie tranchante ou piquante. L'un présente toujours un caractère d'autant plus funeste, qu'une portion plus considérable a été détruite. Le pronostic de l'autre est relatif à l'aspect sous lequel il s'offre. Tantôt en effet, la totalité du tube intestinal

a été divisée, tantôt il n'a été coupé que dans une partie de sa circonférence, & c'est-là le cas le plus ordinaire.

v. Quelle que soit l'espèce de lésion qu'ait subi l'intestin (iv), il offre ici un phénomène constant, c'est l'adhérence de ses deux portions divisées à la circonférence de l'ouverture des parois abdominales, adhérence salutaire qui empêche les matières de s'épancher dans la cavité du bas-ventre, constitue essentiellement sous ce rapport l'anus contre nature, & provient de l'inflammation, antécédente dans la gangrène, subséquente dans les plaies. Telle est la force de ces adhérences, que les auteurs n'offrent, je crois, aucun exemple, où déchirée par les efforts du malade, elle ait donné lieu aux accidens de l'épanchement. Il résulte de-là, que si elles étoient entières, les parois de l'abdomen formeroient un supplément à la portion du canal qui a été détruite, & que les matières continueroient à passer, comme à l'ordinaire, par l'anus, à moins cependant que les portions de l'intestin, divisé & adhérent aux parties voisines, ne formassent un angle assez aigu, pour les arrêter dans leur marche.

vi. Cet angle, formé par les deux portions de l'intestin à l'endroit de leur division, n'est pas une disposition rare, comme le remarque Morand; il oppose, au passage des matières, une résistance d'autant plus grande, qu'il est plus aigu; ensorte que s'il est voisin du parallélisme, tout accès dans la portion inférieure du canal sera interdit, tandis que les matières s'échapperont en partie de ce côté, s'il se rapproche de la perpendiculaire. Il affecte sur-tout la première disposition, lorsqu'une grande portion du

conduit inteſtinal a été détruite, lorſque ce conduit a été coupé en travers; la ſeconde eſt principalement obſervée, quand la ſection n'a intéreſſé qu'en partie ſes parois. On conçoit que les difficultés de la guériſon, ſont en raiſon directe de l'une & inverſe de l'autre, & que la ſaillie de cette eſpèce de bride interne, y eſt toujours un obſtacle plus ou moins grand.

VII. On peut facilement, d'après ce qui a été dit (IV-VI), ſe former une idée & de la maladie qui nous occupe, & des cauſes qui l'entretiennent, ſavoir: 1°. l'ouverture du bas-ventre qui offre aux matières une iſſue plus facile & moins longue que ſi elles avoient à parcourir toutes les circonvolutions des inteſtins; 2°. l'obſtacle produit par l'angle plus ou moins aigu dont il a été parlé (VI). Ainſi, dans les fiſtules urinaires, la crevaſſe de l'urètre & ſon rétréciſſement, ſont-ils les deux cauſes qui empêchent le paſſage des urines par les voies ordinaires. 3°. A ces deux cauſes, une autre ſe joint ici: c'eſt l'habituelle contraction de la portion inférieure de l'inteſtin qui a ceſſé d'être dilaté par le paſſage des matières; cauſe que quelques-uns ont exagérée en la pouſſant juſqu'à l'oblitération. Aucune obſervation n'établit en effet ce phénomène; tout au contraire le dément. Voyons-nous dans les autres fiſtules la portion de conduit excréteur, ſe fermer au-deſſous de l'obſtacle? jamais; l'humeur muqueuſe qui le lubrefie ſuffit pour l'empêcher de s'oblitérer. Ici cette humeur eſt très-abondante, & dans le cas qui nous occupe, en partie évacuée, elle forme ces flocons blanchâtres que rend le malade. D'ailleurs, ſouvent on voit cette portion inférieure ſe renverſer ſur elle-même & s'invaginer, comme j'aurai bientôt

occaſion de le remarquer; preuve inconteſtable de la cavité dont elle eſt creuſée. Enfin dans les nombreuſes ouvertures des malades morts avec des anus contre nature, il ne paroît pas que cette oblitération ait été rencontrée. Lecat ne l'a pas vue dans un cadavre ouvert douze ans après que les matières ſtercorales avoient ceſſé de paſſer par l'inteſtin. Deſault a eu occaſion d'obſerver la même choſe ſur un malade mort à l'Hôtel-Dieu de Paris, d'épuiſement, effet d'un anus contre nature, où venoit s'ouvrir l'extrémité de l'iléon & qui ſubſiſtoit depuis deux ans.

VIII. L'état des parties que nous venons d'expoſer (IV-VII), eſt celui que l'on obſerve dans les cas ordinaires, dans ceux où l'anus contre nature eſt ſimple & ſans complication. Alors il ne forme à l'extérieur qu'une ouverture fiſtuleuſe plus ou moins ſenſible; état que l'on remarque ordinairement lorſque les matières paſſent encore en grande partie par l'anus. Mais le plus ſouvent une tumeur plus ou moins volumineuſe paroît à l'extérieur. C'eſt ſur-tout lorſque la totalité des matières s'échappe par l'ouverture non naturelle. Cette tumeur eſt l'effet du renverſement de l'inteſtin.

IX. Le renverſement eſt une complication fréquente de l'anus contre nature. Il ſe fait ici de la même manière qu'au rectum dans les chutes de l'anus; il eſt en général d'autant plus facile que l'inteſtin eſt plus libre dans la capacité abdominale, d'autant plus conſidérable que les efforts pour aller à la ſelle ſont plus grands, d'autant plus fâcheux qu'il eſt plus ancien; quelquefois ſimple, il eſt ſouvent double. Dans ce dernier cas deux tumeurs exiſtent, l'une formée par la portion voiſine de l'anus, l'autre par celle contiguë

à l'estomac. Le volume de chacune varie ; on a dit que la première étoit toujours plus grosse & plus prompte à paroître; mais rien n'est constant sur ce point, & l'observation que nous rapporterons présente un phénomène contraire.

x. La forme de ces tumeurs représente communément une espèce de cône étranglé à sa base, percé à son sommet d'une ouverture à travers laquelle s'échappent les alimens à demi-digérés, si elle est formée par la portion supérieure de l'intestin, une sérosité blanchâtre ou les lavemens donnés par l'anus, si elle résulte de la portion inférieure. Mais cette forme varie singulièrement. La surface est rougeâtre, analogue à la face interne des intestins, parsemée de replis membraneux.

xi. Peu volumineuses d'abord, ces tumeurs le deviennent insensiblement, augmentent quelquefois au point d'acquérir un pied & même plus. Leur accroissement en longueur, dépend du renversement successif d'une portion plus grande d'intestin. Leur accroissement en épaisseur, tient spécialement à l'engorgement des parois intestinales, engorgement lui-même produit, 1°. par la constriction qu'éprouve la base de la tumeur; 2°. par la position perpendiculaire qu'elle affecte; 3°. par l'irritation, effet du contact des matières qui s'en échappent, & des corps extérieurs, du frottement des vêtemens, &c.

xii. Desault a quelquefois observé dans ces sortes de tumeurs un mouvement péristaltique exactement analogue à celui des intestins. La contractibilité exquise dont elles jouissent, fait qu'elles se resserrent par l'action du moindre irritant, de quelques gouttes d'eau versées sur elles, par exemple.

xiii.

XIII. Souvent elles ſont réductibles au moindre effort ; elles rentrent même ſpontanément. Leur engorgement, les adhérences qu'elles contractent produiſent un phénomène contraire. En général, toutes choſes égales d'ailleurs, la portion continue à l'eſtomac, eſt plus ſouvent ſuſceptible de réduction que l'autre.

§. III. *Des effets de l'anus contre nature.*

XIV. La nature n'eſt jamais impunément troublée dans ſa marche. Quoique l'enſemble des organes d'une fonction ne ſoit pas toujours, comme je l'ai dit (1), abſolument néceſſaire à cette fonction, cependant ſans cet enſemble, rarement elle s'exerce dans ſon intégrité. C'eſt ce qu'on obſerve ici.

XV. Lorſque le conduit inteſtinal eſt ouvert dans une partie très-voiſine de l'eſtomac, les alimens, ſoumis trop peu long-temps à l'action des forces digeſtives, s'échappent à moitié digérés ; une petite quantité de chyle eſt abſorbée ; la nutrition ne ſe fait qu'en partie ; le malade tombe dans la maigreur, le maraſme ; il périt quelquefois comme Deſault l'a obſervé, comme Hoin & Leblanc en rapportent des exemples. Dans ce cas, les matières évacuées ont une odeur peu fétide ; ſouvent elles ſont aigres.

XVI. Quand l'ouverture n'intéreſſe que l'extrémité de l'iléon, le cœcum ou le colon, le danger eſt beaucoup moindre ; on voit ſouvent dans ce cas les malades remplir également bien toutes leurs fonctions, & à quelques coliques près, auxquelles ils ſont habituellement ſujets, jouir d'une ſanté auſſi bonne qu'avant l'accident. Alors les matières ſont plus fétides ; leur iſſue

ſuir de moins près leur introduction dans l'eſtomac; le malade les retient plus long-temps.

XVII. Dans l'un & l'autre cas, elles ſont involontairement rendues; l'ouverture privée de ſphincter, ne pouvant les retenir; de-là l'habituelle malpropreté des environs de la fiſtule, malpropreté que ne préviennent qu'incomplétement les diverſes machines imaginées pour cet objet; de-là l'excoriation douloureuſe des parties environnantes, les fongoſités qui y naiſſent.

XVIII. Le plus communément, aucune évacuation ſtercorale ne ſe fait par l'anus; cependant de temps à autre, les malades vont à la ſelle pour rendre un peu de matière blanchâtre & conſiſtante, qui n'eſt autre choſe que la mucoſité fournie par la portion d'inteſtin voiſine de l'anus. Dans certaines circonſtances, cette mucoſité ſort en plus grande abondance. Deſault a eu occaſion de le remarquer dans un malade qui reſta pendant deux ans à l'Hôtel-Dieu avec une maladie du genre de celle qui nous occupe.

XIX. Souvent trop reſſerrée, l'ouverture des parois abdominales comprime l'inteſtin, gêne l'iſſue des matières, donne lieu aux épreintes, aux téneſmes, effet qui naît auſſi de l'angle interne de deux portions inteſtinales (VI) de l'engorgement dont nous avons parlé (XI). Puy a vu deux fois cette engorgement porté aſſez loin pour cauſer la mort, en interceptant tout-à-fait le paſſage des matières. L'étranglement qu'on obſerve alors eſt analogue à celui des hernies; l'ouverture fait à l'égard de l'inteſtin, la même choſe que l'anneau ou l'arcade crurale. Lange a trouvé l'inteſtin tellement gorgé de ſang, qu'il a cru ne pouvoir ſauver le malade qu'en levant l'étranglement par une

incifion au bas - ventre. Hoin & Leblanc citent des exemples dans lefquels la gangrène & la mort ont été la fuite de ces éttanglemens, & l'on trouve dans le mémoire de Sabatier, fur les anus contre nature, l'exemple d'un invalide qui a manqué être la victime d'un femblable accident.

§. IV. *Du traitement de l'anus contre nature.*

xx. Les accidens de l'anus contre nature ont fixé depuis long - temps l'attention des praticiens, qui prefque toujours n'y ont oppofé qu'un fecours palliatif, quelquefois ont tenté la cure radicale; examinons l'un & l'autre de ces moyens.

xxi. La cure palliative confifte 1°. à remédier à la malpropreté habituelle, qu'entretient l'iffue involontaire des matières; 2°. à combattre les divers accidens expofés (xiv-xix).

xxii. On remplit la première indication par diverfes machines d'argent ou de fer blanc, variables dans leur forme & leur mécanifme, fuivant l'imagination de leurs auteurs, qui tantôt immédiatement appliquées à l'ouverture du bas-ventre par un bandage à reffort, reçoivent les matières & les empêchent de s'épancher, tantôt forment des réfervoirs placés plus ou moins loin de l'anus contre nature, & où les matières font tranfmifes par un tuyau conftamment entretenu dans l'ouvetture. En général la gomme élaftique plus fouple, moins pefante, plus fufceptible de prendre toutes les formes eft la fubftance la plus propre à ces fortes de machines, qui rempliffent au refte rarement leur but, & qui toujours affujettiffent les malades à des foins continuels & fatigans.

XXIII. La seconde indication est relative aux divers accidens des anus contre nature. Pour empêcher la trop prompte issue des matières, & par-là le dépérissement du malade (XV), lorsque l'ouverture est très-voisine de l'estomac, Richter a proposé l'ingénieuse idée d'appliquer, pendant un certain temps, sur l'ouverture extérieure, une éponge soutenue par un bandage élástique; moyen que rejette Lœffler, parce qu'il l'a vu suivi de coliques, de constipation, d'inflammation & d'excoriation à la peau.

XXIV. On s'oppose au resserrement de l'ouverture des parois abdominales (XIX) & au renversement de de l'intestin, en plaçant dans l'ouverture une mèche qu'on y entretient habituellement, comme l'a proposé Sabatier, & qu'on renouvelle souvent pour éviter la malpropreté. D'autres conseillent l'usage d'un bourrelet d'ivoire, appliqué sur la circonférence de la fistule & maintenu d'une manière quelconque; moyen insuffisant en ce que l'intestin peut s'échapper encore par le trou dont est percé le bourrelet qui devient alors une cause artificielle d'étranglement, dangereux, en ce que la pression exercée par un corps aussi dur, ne sauroit manquer de devenir funeste. Le premier procédé n'a pas ce désavantage, mais on peut lui reprocher celui de conserver une partie de la matière âcre & ténue qui s'echappe, & dont s'imbibe la mèche sujette par-là à excorier les parties sur lesquelles elle repose; reproche déjà fait, comme nous l'avons vu, à l'éponge de Richter.

XXV. Le moyen le plus efficace de prévenir le renversement de l'intestin, d'entretenir toujours l'ouverture suffisamment dilatée, de faire cesser les épreintes, de retenir les matières dans l'intervalle des pansemens,

& de les faire assez long-temps séjourner pour nourrir le malade, c'est un tampon de linge d'une grosseur ptoportionnée à celle de l'ouverture, placé à demeure dans cette ouverture, soutenu par un gâteau de charpie, par des comptesses & un bandage peu serré. Ce procédé réunit le double avantage de ne point contondre les parties & de s'opposer sûrement à la sortie des matières. Si un peu de fluide s'échappe encore, absorbé par le gâteau de charpie, il ne produira aucune excoriation. Un peu de gêne pour le malade résulte d'abord de cet appareil; de légères coliques en sont même quelquefois l'effet; mais bientôt les parties s'habituent à leur nouvelle manière d'être, & tout rentre dans l'état ordinaire. Nous verrons bientôt comment ce moyen, considéré ici comme palliatif, peut être utilement employé pour la cure radicale : mais comme son application suppose la réduction préliminaire de la portion sortie d'intestin; il faut avant tout examiner cette réduction.

XXVI. En général elle est toujours facile dans les cas ordinaires, & les règles auxquelles elle est alors assujettie, ne diffèrent point de celles du traitement des chutes de l'anus; il n'en est pas de même lorsque les parois de l'intestin, engorgées & épaissies par l'une des causes exposées (XI), forment à l'extérieur une tumeur considérable. Ce cas a toujours été regardé par les praticiens comme un obstacle invincible à la réduction. Mais l'expérience avoit appris à Desault qu'il n'est pas au-dessus des ressources de l'art, & qu'une compression méthodiquement exercée pendant quelques jours, sur les parties échappées, en diminuoit bientôt le volume, au point de les réduire presque à celui qui leur est ordinaire. Ainsi dans les

chutes du rectum, le même moyen est-il bientôt suivi du même résultat. Une simple bande suffit toujours pour exercer cette compression. On enveloppe exactement la tumeur de doloires, d'abord peu serrées, dont on augmente graduellement la constriction à mesure que les parties s'affaissent par la diminution du gonflement, & avec la précaution de laisser toujours une ouverture suffisante au passage des matières. Sept à huit jours de l'emploi de ce moyen, suffisent communément pour obtenir l'effet qu'on en desire, & dans le malade dont nous rapporterons l'observation, le relâchement a été assez grand au quatrième jour, pour faire la réduction des parties.

XXVII. Ce n'est pas seulement le gonflement de la portion invaginée, qui a paru aux praticiens, être une contre-indication à sa réduction; plusieurs ont supposé que l'intestin sort de l'abdomen dans son état ordinaire, & que ce n'est point son extrémité qui adhère à la plaie; de-là la crainte d'un épanchement dans la cavité abdominale, de matières fécales, si c'est la portion supérieure qui s'est échappée, de mucosités, si c'est la portion inférieure. Mais ce que nous avons dit (V) sur l'état des parties dans l'anus contre nature répond suffisamment à cette objection, & il est inutile de s'y arrêter.

XXVIII. Le nombre & la profondeur des adhérences internes que quelques-uns ont supposé constantes, sont-ils un obstacle plus sérieux? Non : car en supposant l'existence de ces adhérences, qui n'est pas à beaucoup près toujours réelle, quel avantage peut naître de laisser ainsi la portion d'intestin au dehors? on n'en voit aucun. L'issue des matières n'en sera pas moins facile; au contraire, elles seront plus sujettes

à être interceptées, & il en résultera pour le malade des suites plus ou moins fâcheuses.

XXIX. Ajoutez à ces considérations, celle des accidens, suite fréquente de l'invagination de l'intestin dans l'anus contre nature, accidens exposés (XIX) & vous verrez que dans tous les cas, quels que soient le volume & l'ancienneté de la portion d'intestin échappée, quelle que soit la forme sous laquelle elle se présente, la saine pratique commande de la replacer dans le bas-ventre, & de l'y contenir par le moyen simple & toujours facile à se procurer, indiqué (XXV).

XXX. Telle est en général la cure palliative des anus contre nature qui n'exige, lorsque l'intestin est réduit, qu'un ensemble de soin de détails, plus ennuyeux & fatigans, que difficiles pour le malade. Plusieurs praticiens ne se sont pas contentés de ces secours palliatifs; ils ont tenté la cure radicale, suivant en cela la route qu'a semblé, en plusieurs cas, leur tracer la nature. Des observations nombreuses apprennent en effet, que les matières stercorales ont souvent repris leur route naturelle, après avoir coulé, même pendant plusieurs mois, par la plaie du bas-ventre, à la suite des opérations de hernie. Ces observations communes en général dans les cas où la lésion à l'intestin est sans perte de substance, ne sont pas même très-rares, lorsque la gangrène en a détruit une portion plus ou moins considérable. Les ouvrages de Petit, de Pott, de Ledran, les journaux savans, les mémoires de diverses sociétés de chirurgiens, nous en fournissent des exemples.

XXXI. Les tentatives des praticiens, pour la cure radicale, forment une série de méthodes qui, plus ou moins insuffisantes, n'ont jamais complétement

atteint leur but. Quelques-uns ont proposé de réunir au dehors, les deux portions de l'intestin, en les assujettissant par la méthode de Rhamdor, & de les réduire ensuite lorsqu'elles auroient contracté des adhérences suffisantes. Mais l'invagination de l'intestin, méconnue sans doute par ceux qui ont proposé cette méthode, y est un obstacle évident. Plusieurs l'ont senti & ont réduit les cas où la cure radicale est possible à celui où l'intestin seroit dans le bas-ventre, & où une fistule extérieure existeroit seulement ; alors ils ont proposé d'en excorier les bords par le caustique ou l'instrument tranchant, afin d'en obtenir ensuite la réunion au moyen de quelques points de suture. C'étoit le projet de Lecat, dans une circonstance où l'intestin faisoit saillie au dehors. Il voulut préliminairement le réduire ; mais les efforts les plus considérables ne purent y parvenir, & la malade ensanglantée, refusa de se prêter à de nouvelles tentatives. La chirurgie allemande nous offre quelques observations où cette méthode a été employée, & où la réunion a été obtenue, il est vrai ; mais bientôt, la plaie a été rouverte, la cicatrice déchirée, & l'anus contre nature de nouveau formé.

XXXII. La diete rigoureuse, proposée comme moyen de cicatriser l'ouverture, en empêchant le passage des matières, peut tout au plus offrir quelque avantage, dans les premiers instans de la formation de cette ouverture, à la suite de l'opération de la hernie. Ici elle est toujours, inutilement incommode, & même dangereuse pour le malade.

XXXIII. L'indication générale que présente la cure radicale de l'anus contre nature est : 1°. de réduire l'intestin dans le bas-ventre lorsqu'il s'en est échappé

par l'invagination; 2°. de suppléer, d'une manière quelconque, au défaut de continuité des parois abdominales, afin d'empêcher par-là l'issue des matières par la fistule, de les forcer à passer vers l'anus, de les accoutumer à cette route, de donner la faculté de se fermer à l'ouverture extérieure, dont la cicatrice remplace alors la portion d'intestin qui a été détruite; 3°. de détruire les obstacles internes qui pourroient s'opposer au passage des matières vers l'extrémité inférieure du tube intestinal.

XXXIV. Nous avons vu (XXVI) les moyens de remplir la première indication, dans le cas même le plus difficile, celui de l'épaississement des parois de l'intestin. L'expérience a prouvé, d'un autre côté, que la seconde ne peut l'être sûrement par des points de suture. Le meilleur moyen d'y satisfaire, est de placer dans l'ouverture une espèce d'obturateur, le tampon de linge dont nous avons parlé (XXV) en traitant des moyens de prévenir le renversement de l'intestin. Il atteint ici le double but de s'opposer à ce renversement & de boucher exactement la fistule, d'empêcher que les matières ne s'échappent & de les forcer à se diriger vers l'anus. On a reproché à ce moyen d'être lui même un obstacle à la guérison qu'on veut obtenir par lui, parce que sa présence entre les bords de la fistule, empêche leur rapprochement. Mais de quoi s'agit il d'abord? d'accoutumer les matières à passer par leurs voies ordinaires. Or, lorsque vous aurez rempli ce but, en fermant le passage artificiel, ôtez le tampon de charpie, & les matières continuant à couler vers l'anus, l'ouverture se fermera spontanément. Le tampon obturateur ne concourt donc que secondairement à la guérison; il n'est que moyen accessoire. Son

uſage eſt ici de déterminer le cours des matières en bas; mais il ne pourra le remplir ſi un obſtacle interne ſe rencontre : il faut donc préliminairement ſurmonter cet obſtacle; & c'eſt la troiſième indication.

XXXV. Les moyens de ſatisfaire à cette indication, varient ſuivant la nature de l'obſtacle. Le plus ordinaire eſt l'angle formé par les deux portions de l'inteſtin (VI); il faut l'agrandir, le rendre moins aigu, pour que les matières paſſent. On y parviendra par de longues mèches de charpie qui, introduites & fixées dans les deux bouts de l'inteſtin, changeront peu à peu leur direction, en la rapprochant d'une ſeule & même ligne droite. Le même moyen dilatera l'extrémité ſupérieure de la portion d'inteſtin correſpondante au rectum; les vents & les matières fécales pourront par conſéquent s'y engager & dilater ſucceſſivement le reſte du canal.

XXXVI. Lorſque la dilatation ſera ſuffiſante, que l'angle interne ſera preſque effacé, ſupprimez les longues mèches introduites dans l'inteſtin : bornez-vous à l'uſage de l'obturateur, avec la précaution de ne point trop l'enfoncer; car alors, lui-même formeroit obſtacle au paſſage des matières. Tout eſt à eſpérer de ce moyen lorſqu'il eſt méthodiquement employé; ſes bons effets s'annoncent par des gargouillemens dans le ventre, ſouvent par de légères coliques; le malade rend d'abord quelques vents par l'anus; bientôt les matières commencent à y paſſer. Si leur iſſue eſt difficile, ou ne ſe fait pas, ſi les coliques deviennent violentes, que les inteſtins ſe rempliſſent en haut, ſupprimez l'obturateur; cherchez d'où naît l'obſtacle; détruiſez-le préliminairement. C'eſt, dans ce moyen, un avantage qu'on n'a point, en réuniſſant par la

suture les bords de la fistule, de pouvoir, suivant les effets qui en résultent, être changé ou continué, d'être, dans tous les cas, incapable de nuire, & d'avoir tout au plus l'inconvénient d'être inutilement essayé en certaines circonstances. Ces circonstances seront principalement : 1°. lorsque l'intestin aura souffert une grande déperdition de substance ; 2°. lorsque l'angle interne (IV) sera trop aigu, & par conséquent trop difficile à être redressé ; 3°. lorsqu'une des deux portions de l'intestin aura contracté des adhérences au dehors & ne pourra être réduite, comme on en verra un exemple plus bas. Le cas le plus favorable, c'est celui de lésion sans perte de substance, celui où existe une simple ouverture fistuleuse ; mais peut-on constamment distinguer ce cas des premiers ? Qu'importe, il faut toujours tenter la cure radicale.

XXXVII. D'ailleurs nous avons remarqué, qu'en supposant même qu'on n'ait en vue que la cure palliative, l'usage du tampon obturateur est le plus communément indiqué pour s'opposer au renversement de l'intestin, & faire séjourner assez long-temps les alimens, pour nourrir le malade. C'étoit même le seul avantage sur lequel Desault avoit d'abord compté en l'employant ; mais le succès inespéré qu'en a obtenu le malade, de l'observation que nous allons rapporter, agrandit ses vues en lui montrant la possibilité de guérir au moins quelquefois une maladie regardée jusqu'ici comme au-dessus des ressources de l'art. Cette observation, l'une des plus importantes de celles qui ont été publiées depuis long-temps, offrira le tableau des détails particuliers du traitement sur lesquels nous avons glissé.

OBS. I. François Vialtet, natif de Moulins, fut

bleſſé par un éclat de bombe, au mois de mai 1786, à bord du vaiſſeau le Saint-Michel, ſur lequel il ſervoit en qualité de matelot. Il perdit connoiſſance & ne revint de ſon évanouiſſement que trois heures après le combat. Sa plaie s'étendoit, dit-il, depuis deux pouces au-deſſus de l'anneau inguinal du côté droit, jusqu'au bas du ſcrotum, où le teſticule étoit à nu. On appercevoit dans l'angle ſupérieur, une eſpèce d'appendice très-rouge, longue d'un pouce, formée par l'inteſtin diviſé, lequel ſe retira dans le ventre, pendant qu'on lavoit la plaie. L'appareil appliqué ſur la bleſſure, laiſſoit un trou à cet endroit, pour l'écoulement des matières.

Une frégate, qui s'étoit chargée de ce matelot, le dépoſa, un mois après ſon accident, à l'hôpital de la marine de Breſt, où il reſta juſqu'à ſa guériſon, ſi l'on peut appeler *guériſon* un état de choſes, qui conſervoit hors du ventre, une portion d'inteſtin, d'où s'échappoit continuellement les alimens à demi-digérés.

Ce malheureux, réformé alors, comme hors d'état de ſervir, regagna à pied ſon pays natal; & bientôt, voyant que ſa famille ne lui préſentoit aucune reſſource, & que la fatigue du voyage avoit conſidérablement allongé l'inteſtin, il parcourut les principaux hôpitaux de l'Europe, cherchant en vain quelque adouciſſement à l'horreur de ſa ſituation. Après avoir erré ainſi pendant quatre ans, il vint enfin à l'Hôtel-Dieu de Paris, le 29 ſeptembre 1790.

La portion d'inteſtin pendante au dehors depuis ſi long-temps, avoit acquis un volume conſidérable. Sa figure étoit à peu près celle d'un cône de neuf pouces de hauteur, dont la partie moyenne faiſoit

en devant beaucoup de saillie. Sa base, un peu rétrécie, sortoit de dessous un repli de la peau, un peu au-dessus de l'anneau inguinal : son sommet, tourné en arrière & descendant jusqu'au milieu des cuisses, se terminoit par un orifice très-étroit, par où s'écouloient les matières fécales. Il ne rendoit rien de semblable par l'anus, depuis l'instant de sa blessure. Cependant il alloit à la selle tous les trois à quatre mois, pour rendre un peu de matière blanchâtre & consistante, qui n'étoit autre chose que la mucosité fournie par la portion d'intestin voisine de l'anus. Toute la surface de cette tumeur étoit rouge & ridée, comme la membrane interne des intestins. On remarquoit, sur-tout à sa partie inférieure, des rugosités, qui sembloient être de ces replis valvulaires que forme la membrane interne des intestins. Au côté externe de cette masse, on voyoit sortir par la même ouverture abdominale, une autre tumeur petite, mais semblable à la première par sa couleur & sa consistance. Cette dernière avoit une forme ovalaire, & son extrémité, plissée comme une bourse à jetons, ne laissoit échapper qu'un peu de sérosité. Ces tumeurs avoient un mouvement péristaltique, semblable à celui des intestins, & quelque goutte d'eau suffisoient pour les faire rétracter sur elles-mêmes.

Ce malheureux jeune homme, grand, fort & bien constitué, quoique d'une maigreur extrême, étoit forcé, par les tiraillemens violens qu'il éprouvoit dans le bas-ventre, de se tenir courbé, au point de ne pouvoir marcher qu'en s'arc-boutant, pour ainsi dire, contre deux béquilles. Un pot de terre, attaché à sa ceinture par une corde, & pendant entre ses cuisses, recevoit l'extrémité de l'intestin, & les

matières y prenoient en peu de temps une insupportable fétidité.

On reconnut que la tumeur principale étoit formée par la portion de l'intestin, correspondante à l'estomac, invaginée, si j'ose m'exprimer ainsi, & retournée sur elle-même, de manière à ne présenter à l'extérieur que sa face interne. On reconnut aussi, que la petite tumeur étoit la partie inférieure de l'intestin invaginée de même, & que les bords de la section de ce canal, étoienr collés à l'ouverture des parois du bas-ventre, & confondus & conglutinés avec eux par une cicatrice commune.

L'afflux des humeurs attirées dans cette pattie, tant par sa disposition particulière, que par l'irritation continuelle que l'accès de l'air, les frottemens, & sur-tout les matières fécales y produisoient, en avoit épaissi & durci les membranes, au point qu'il eût été plus que téméraire de tenter la réduction d'une pareille masse, si l'expérience n'avoit appris ce que peur la compression, dans des circonstances semblables. Pour s'assurer de l'efficacité de ce moyen, dans le cas particulier qui se présentoit, Desault comprima la tumeur pendant quelques minutes, en l'embrassant avec les deux mains; & la diminution de volume qu'il obtint, lui présagea ce qu'il pouvoit attendre d'un moyen compressif plus exact & soutenu pendant un espace de temps convenable.

Il employa, pour cet effet, une simple bande, dont il couvrir de bas en haur, par des doloires un peu serrés, toute l'étendue de la tumeur, en laissant seulement à son sommet l'ouverture nécessaire au passage des matières. L'effet de ce moyen fut prompt; car dès le soir de la même journée, on fut obligé de

refaire le bandage, qui ne comprimoit déjà plus. On le renouvela de même les jours ſuivans, à meſure que la tumeur diminuoit, & dès le quatrième jour, l'inteſtin n'avoit plus que ſon volume naturel. Deſault jugeant alors la réduction poſſible, fit ſoulever la tumeur perpendiculairement à l'ouverture du bas-ventre, & avec un doigt porté dans l'orifice, tandis que l'autre main preſſoit doucement, pour empêcher les parties de reſſortir, il développa l'inteſtin, en le faiſant rentrer dans lui-même, & par conſéquent dans le bas-ventre. On fit de même pour la réduction de la petite tumeur, qui ne préſentoit alors aucune difficulté.

C'étoit beaucoup, ſans doute, dans un cas auſſi grave, que d'avoir délivré le malade d'une tumeur ſi embaraſſante, & de l'avoir mis à l'abri des accidens terribles qui pouvoient à chaque inſtant en réſulter. Mais il reſtoit une incommodité bien fâcheuſe; c'étoit l'iſſue continuelle des excrémens. A cette iſſue, on oppoſa un ſimple bouchon, formé par un gros tampon de linge, de trois pouces de longueur, introduit dans l'inteſtin & ſoutenu pat un bandage inguinal. Deſault ſe propoſoit d'ôter cette eſpèce d'obturateur deux fois par jour, pour laiſſer ſortir les matières; mais après des gargouillemens, accompagnés d'un ſentiment de chaleur très-vif, le malade rendit des vents par l'anus, préſage heureux de ce qui alloit ſe paſſer. Il ſurvint bientôt des coliques & des cuiſſons douloureuſes dans le rectum, qui obligèrent le malade de ſe préſenter à la garde-robe; ce ne fut pas en vain; il rendit par l'anus & ſans effort, une demi-livre de matières très-fluides, ſemblables à celles qu'on évacue à la ſuite d'une indigeſtion. Cet homme eut encore

dans la nuit ſuivante, huit ſelles de même nature que la première, toutes précédées de légères coliques, d'épreintes & de cuiſſons dans le rectum, qui n'étoit plus accoutumé à la préſence des excrémens. Le lendemain, le malade étoit abattu, comme on l'eſt d'ordinaire après un dévoiement. Les ſelles furent auſſi fréquentes, & les cuiſſons moindres les trois jours ſuivans. Les matières prirent de la conſiſtance; elle augmenta journellement, & le nombre des ſelles diminua dans la même proportion.

Le tampon de linge qu'on retenoit dans l'inteſtin, fut ſupprimé le huitième jour, & l'on ferma ſeulement l'ouverture extérieure avec un gâteau de charpie, ſoutenu par des compreſſes, ſur leſquelles on plaça la pelotte large & plate d'un bandage élaſtique. Ce moyen ſuffit pour fermer le paſſage aux matières, qui continuèrent de paſſer en totalité par le rectum.

Le jeune homme ſe redreſſa bientôt, reprit des forces & même un embonpoint conſidérable, quoiqu'il ne mangeât plus un tiers des alimens qu'il prenoit auparavant. Pendant deux mois tout entiers qu'on le retint dans l'hôpital, afin de conſtater plus ſolidement une guériſon auſſi extraordinaire, il rendit toujours des excrémens ſemblables à ceux d'un homme ſain, & n'éprouva jamais la moindre incommodité. Il ſe fit examiner pluſieurs fois dans l'amphithéâtre par les Chirurgiens qui ſuivoient les leçons de Deſault, & dont la plupart ne l'avoient pas perdu de vue depuis ſon arrivée; l'on ne trouva jamais autre choſe qu'un léger ſuintement ſéreux, qui imbiboit, ſans la teindre, une petite portion de la charpie placée ſur l'ouverture fiſtuleuſe du bas-ventre.

Sorti enſuite de l'Hôtel-Dieu, ce malade a voyagé pendant

pendant cinq mois, faiſant parfaitement bien toutes ſes fonctions, rendant ſes excrémens par les voies ordinaires, ſe livrant même à des exercices violens.

Un jour qu'il voulut eſſayer de ſoulever un tonneau qu'il avoit parié de mettre ſur ſes épaules, ſon bandage rompit, & comme il n'éprouvoit aucune douleur, il fit peu d'attention à cet accident, & acheva de gagner ſon pari. Il marcha enſuite pendant deux heures, après s'être fait une ceinture de ſon mouchoir. L'inteſtin s'engagea alors dans l'ouverture du bas-ventre, qui ſubſiſtoit encore, & ſortit d'environ ſix pouces, dans l'eſpace d'une heure que cet homme mit à regagner à pied ſon logement. Après avoir eſſayé lui-même de le faire rentrer, il appela des chirurgiens qui firent auſſi des tentatives inutiles; (c'étoit le 4 mars). Il partit alors pour Paris, dans une charrette, dont il ne put ſupporter le mouvement, & il fut obligé de marcher à pied, un vaſe entre les cuiſſes pour recevoir les matières. L'engorgement & la douleur le forcèrent à s'arrêter dans tous les hôpitaux qu'il rencontra ſur ſa route. Enfin il arriva à l'Hôtel-Dieu de Paris, le 31 mars. Il fut ſaigné le lendemain, parce qu'il ſouffroit, & que le pouls indiquoit la pléthore. La tumeur étoit auſſi dure, mais un peu moins volumineuſe que lorſqu'il s'étoit préſenté pour la première fois, ſix mois auparavant. On employa, comme on avoit fait alors, la compreſſion, qui fut continuée pendant ſix jours. Il eſt probable cependant qu'on auroit pu faire la réduction plutôt; mais on ne voulut la tenter qu'après avoir rendu aux parties toute leur ſoupleſſe naturelle. On les fit alors rentrer ſans effort, & on les contint avec un gâteau de charpie & des compreſſes épaiſſes,

foutenues par un bandage élaftique. Un mal-aife, puis des naufées & des vomiffemens bilieux fuivirent immédiatement le replacement de l'inteftin. Ces accidens n'allarmèrent point, & ils cefsèrent au bout de deux heures, après des coliques, des gargouillemens & des cuiffons dans le rectum, qui précédèrent une felle copieufe & très liquide. La nuit & le jour fuivant, il eut une efpèce de dévoiement qui fe calma le fecond jour. Les matières commencèrent alors à prendre de la confiftance; bientôt leur iffue, par l'ouverture du bas-ventre, fut interrompue; elles fortirent de nouveau par l'anus; & au bout de peu de temps les chofes revinrent à leur état ordinaire.

OBS. II. Il y avoit dans le même temps à l'Hôtel-Dieu, un homme qui portoit depuis onze ans, un anus contre nature, à la fuite d'une hernie fcrotale, dont l'étranglement s'étoit terminé par gangrène. La portion de l'inteftin répondant à l'eftomac étoit auffi invaginée, & formoit au dehors une faillie ou protubérance de trois pouces; l'autre portion de l'inteftin ne fe montroit point. Ce malade étoit maigre & foible, quoiqu'il dévorât une quantité prodigieufe d'alimens, parce qu'il les rendoit avant de les avoir parfaitement digérés, & c'eft peut-être là ce qui lui faifoit préférer les alimens de difficile digeftion, & fur-tout la falade. Il étoit d'une pufillanimité extrême. Enhardi cependant un peu par les difcours du matelot, & par la guérifon qui venoit de fe paffer fous fes yeux, il pria Default de le traiter auffi. Le cas de ce dernier étoit bien différent, puifqu'une anfe d'inteftin, voifine de la portion qui paroiffoit au dehors, tombée anciennement dans les bourfes, y étoit adhérente;

disposition d'autant plus défavorable, qu'on ne pouvoit faire de compression sur l'ouverture de l'intestin, sans comprimer en même temps cette anse. On réduisit cependant la partie invaginée de l'intestin, & l'on ferma son ouverture avec un tampon de linge, retenu par un brayer. Dix-huit heures après, le malade éprouvoit des gargouillemens & quelques légères coliques. Effrayé alors, il ôta l'appareil, & abandonna le projet de se faire guérir.

Cette tentative, toute légère qu'elle fut, parut cependant avoir produit un effet sensible. Cet homme, qui auparavant ne rendoit que tous les quatre mois, les mucosités blanchâtres de l'intestin, fut obligé, ce jour-là, de se présenter à deux reprises à la garde-robe, & il rendit chaque fois autant de ces matières, qu'il en rendoit lorsque les intervalles, entre ces espèces de selles, étoient très-longs. La même chose arriva pendant huit jours de suite. Les intervalles furent ensuite d'un jour, puis de deux, de quatre, &c.; & dans le moment où ce fait fut publié pour la première fois, il y avoit un mois qu'il n'avoit rendu de ces mucosités.

XXXVIII. Il n'y a sans doute aucune conséquence à tirer de cette dernière observation; mais il importe peut-être aux progrès de l'art de recueillir tous les faits relatifs à une maladie si peu connue, sur-tout lorsque ces faits ont été publics, & qu'on ne peut élever aucun doute, ni sur leur authenticité ni sur leur exactitude.

XXXIX. La publication des observations précédentes en 1791, anima les efforts des praticiens, pour vérifier la doctrine alors exposée par Desault, dans son journal. Plusieurs eurent d'heureux résultats. Quelques-uns ont manqué de succès, peut-être par le défaut

de cet enſemble de ſoins, de détails, ſi néceſſaire ici; peut-être par la nature même du cas qui s'eſt offert à eux. Voici ce que le C. Noël, écrivoit à Deſault.

OBS. III. Vos réflexions ſur les anus contre nature m'ont parues ſi juſtes, & vos conſeils ſi utiles, que je les ai ſur-le-champ mis en uſage. J'avois alors à l'Hôtel-Dieu de Rheims, un malheureux père de famille, qui, depuis quelque temps, étoit affecté de cette cruelle maladie; il a commencé à rendre les matières par l'anus, le cinquième jour; depuis ce moment, il n'y a point eu d'interruption extraordinaire, & il eſt prêt à ſortir parfaitement guéri.

EXPLICATION

De la ſixième planche.

FIG. I. Anus contre nature, décrit dans l'obſ. I.

a, b, c, d, e. Tumeur principale formée par la portion ſupérieure du tube inteſtinal, invaginée.

a, e. Collet de la baſe de la tumeur.

b. Rugoſités de la membrane interne, devenue externe.

c. Sommet de la tumeur d'où ſortoient les matières.

e, f. La verge repouſſée en dehors par la tumeur.

FIG. II. État des parties après la guériſon.

a b. Repli de la peau formant une eſpèce de valvule devant l'ouverture du bas-ventre, reſtée fiſtuleuſe.

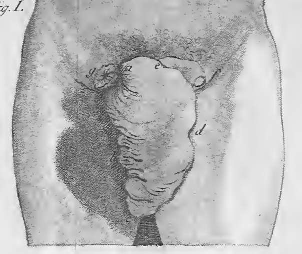


Fig. II.

b
a

MÉMOIRE

SUR l'opération de la fistule à l'anus.

§. Ier. *Réflexions générales. Parallèle de la ligature & de l'incision.*

I. Il est peu de maladies dont le traitement ait été sujet à plus de variations que celui des fistules à l'anus. Chaque âge a eu ses méthodes, chaque praticien ses procédés. Le cautère actuel ou potentiel, les injections, la dilatation, la compression, la ligature, l'incision, l'excision, tour-à-tour employées, ont régné chacune, pendant un certain temps, sur la scène de la pratique. L'expérience a fixé enfin le rang qu'elles devoient y occuper. Les unes presque oubliées ne figurent plus que dans l'histoire de nos erreurs; les autres sont restées, soutenues par les succès qu'on en a obtenu. Que serviroit d'exposer les premières? cent fois retracées, elles n'auroient ici rien de nouveau. Bornons-nous à l'examen des secondes, les seules que Desault ait agrandies de ses découvertes. La ligature & l'incision vont nous occuper.

II. La ligature & l'incision ont été, dans ces derniers temps, l'objet des discussions des praticiens, sur la préférence respective qui leur est due. Les uns ont exagéré, pour la première, des avantages que les autres ont trop préconisés pour la seconde. Entre eux, un milieu est à tenir, & si la ligature convient

ſouvent, l'inciſion eſt auſſi ſouvent néceſſaire. Traçons dans leur parallèle leurs limites reſpectives.

III. A la ligature eſt attribuée une ſomme de douleurs peu conſidérable. Une douleur vive, mais fugitive, accompagne l'inciſion. Dans celle-ci les panſemens ne ſont point douloureux; dans celle-là le malade ſouffre toujours plus ou moins chaque fois que l'on ſerre le fil. L'une n'exige point qu'il garde le lit; il peut, pendant le traitement, vaquer à ſes affaires; un repos plus ou moins long, eſt toujours néceſſaire à la ſuite de l'autre. La première expoſe moins les malades à la fièvre & aux accidens conſécutifs; la ſeconde aſſure une guériſon plus prompte.

IV. La ligature convient, 1°. chez les ſujets habituellement expoſés au dévoiement; 2°. chez ceux qui ſont foibles, cacochymes, qu'une longue ſuppuration épuiſeroit; ſuppuration qu'on évite toujours ici, parce qu'à meſure que le plomb coupe les parties du côté de l'anus, la cicatrice ſe fait du côté oppoſé, enſorte qu'après la chute de la ligature, il ne reſte qu'un ſuintement peu abondant; 3°. chez ceux qui ſe trouvent dans des endroits humides, mal-ſains, où les plaies prennent ſouvent un mauvais caractère, tels ſont par exemple les grands hôpitaux, aux époques où la gangrène humide y exerce ſes ravages, affection d'autant plus dangereuſe ici, que détruit par elle, le ſphincter laiſſe une incontinence d'urine; 4°. chez ceux que leurs affaires empêchent de diſpoſer de leur temps, qui, ne pouvant ſouvent être viſités par leur chirurgien, ſont obligés de ſe panſer eux-mêmes; 5°. lorſqu'il ſe rencontre dans les parties à diviſer, quelques vaiſſeaux conſidérables; 6°. ſeule, la ligature doit être employée, quand une horreur invincible

éloigne de l'instrument tranchant. Desault a guéri par la ligature, un homme qu'il avoit voulu d'abord opérer par l'incision, & qui, étant placé dans l'attitude convenable, fut attaqué subitement d'une horripilation qui obligea d'attendre au lendemain, & de changer de méthode. L'incision est exclusivement indiquée dans les fistules compliquées où viennent aboutir un grand nombre de clapiers, dans celles où se rencontrent beaucoup de callosités, où existe une dénudation considérable, soit à la peau, soit à l'intestin.

v. Quelquefois les deux opérations doivent être réunies. Desault opérant un jour, par incision, une fistule profonde, sentit, avec le doigt porté dans la plaie, un autre clapier avec dénudation de l'intestin, sur la surface duquel rampoient des vaisseaux considérables; leur lésion auroit pu devenir dangereuse, si on avoit ouvert ce nouveau clapier. Il en fit la ligature; & au bout de peu de temps, l'intestin fut fendu par ce moyen, & la fistule guérit.

vi. Lorsqu'aucune des circonstances précédentes (iii-v) ne se rencontre, la ligature ou l'incision sont assez indifférentes. Pour la certitude de la guérison, les résultats sont les mêmes, & il seroit difficile de faire un choix exclusif. Desault les employoit alternativement, & souvent le seul motif de sa détermination, étoit de montrer aux élèves, l'opération par deux procédés différens.

OPÉRATION PAR LA LIGATURE.

vii. Les fistules à l'anus présentent des variétés qui déterminent des modifications essentielles dans le

procédé opératoire. Ces variétés sont relatives sur-tout à l'état de l'intestin. En effet, tantôt il présente à nos instrumens une ouverture par où doit passer la ligature; tantôt il faut qu'il soit ouvert par ces mêmes instrumens, afin de lui livrer passage. Le premier cas renferme les fistules complètes, dont l'ouverture interne n'a pas, au-dessus d'elle, une portion dénudée d'intestin. Dans le second se rangent, 1°. les fistules externes où l'intestin est dénudé sans être ouvert; 2°. celles, où au-dessus de l'ouverture se rencontre une dénudation considérable. Il est évident en effet que si, dans cette dernière circonstance, on passoit la ligature par l'ouverture déjà existante, une collection purulente pourroit se former après la guérison, vis-à-vis l'endroit dénudé, & donner lieu à une fistule nouvelle. Examinons le procédé opératoire de Desault, dans l'un & l'autre cas.

§. II. *Du procédé opératoire dans le cas où la perforation de l'intestin n'est pas nécessaire.*

OBS. I, (1). *Fistule complète, peu profonde & sans dénudation de l'intestin.* Prudence Huguet, âgée de 32 ans, eut, au mois de novembre 1790, un dépôt près de la marge de l'anus, à la suite d'une couche laborieuse. Elle fut traitée à l'Hôtel-Dieu, par l'incision de la tumeur & l'application de cataplasmes émolliens. L'intestin ne se trouva pas dénudé. Les duretés & la douleur se dissipèrent promptement, & la suppuration diminua au point que la malade se

(1) Recueillie par Bouilland.

ctut guérie, & sortit de l'hôpital le dixième jour, malgré les représentations du chirurgien en chef. Cette femme revint, six mois après, avec une fistule complète, dont l'ouverture externe se trouvoit en devant & à droite, à un pouce & demi de la marge de l'anus, à l'endroit même où l'on avoit incisé la peau; & l'ouverture interne, à la profondeur d'un pouce dans le rectum. L'intestin n'étoit pas dénudé même à cette époque; mais on sentoit des duretés, qui occupoient la moitié de sa circonférence, & s'étendoient sur la fesse, le long du trajet fistuleux & beaucoup au-delà de son ouverture externe. Il existoit des douleurs vives, & même un peu de fièvre, que le régime anti-phlogistique & l'usage du cataplasme émollient dissipèrent promptement, en augmentant la suppuration. Presque toutes les duretés se fondirent en même temps, de sorte que le huitième jour, elles ne s'étendoient plus qu'à quelques lignes du trajet fistuleux. Ce moment parut favorable pour l'opération, que l'on pratiqua le même jour, de la manière suivante.

La malade étant couchée sur le côté où étoit la fistule, la cuisse gauche un peu fléchie, & les fesses écartées par un aide; le chirurgien introduisit le doigt indicateur gauche dans l'anus, porta, de la main droite, le stylet, (*pl. IV, fig. 2*) dans l'ouverture externe de la fistule, & l'enfonçant doucement, le fit pénétrer par l'ouverture interne, dans la cavité du rectum, & contre le doigt. Alors il porta la canule (*fig. 3*) sur le stylet, & le doigt placé dans le rectum, servit à ramener au dehors, par l'anus, l'extrémité de l'une & de l'autre; ce que la disposition du trajet fistuleux & la situation des ouvertures rendoient

facile & peu douloureux. Ensuite, le chirurgien retira le stylet, pour lui substituer un fil de plomb. Il retira de même la canule, en retenant le plomb, qui resta ainsi dans le trajet fistuleux. Il rapprocha les extrémités de ce plomb, & les introduisit dans la canule (*fig.* 9), qu'il enfonça jusqu'auprès de l'ouverture externe de la fistule. Il replia les bouts du plomb chacun de son côté, dans les fentes *x* (*fig.* 10) de la canule, & les coupa à la longueur d'une ligne & demie. Enfin, il plaça, des deux côtés, de petits bourdonnets de charpie, pour garantir les parties voisines.

Cette ligature n'avoit pas causé de douleur; elle n'empêchoit pas la malade de marcher. Aussi crut-on inutile de l'assujettir à un régime particulier. On se contenta, pendant les premiers jours, d'entretenir la propreté & de renouveler les bourdonnets, lorsqu'ils étoient imbibés par la suppuration & l'humidité de la partie.

Le troisième jour, la ligature étoit relâchée; on la resserra, en tirant sur l'un des bouts du plomb, tandis qu'on retenoit l'autre dans la fente de la canule. On replia ce bout & on le coupa, comme la première fois. On resserra encore cette ligature de la même manière, tous les trois ou quatre jours, jusqu'au vingt-unième, que les parties comprises dans l'anse se trouvèrent coupées en totalité. Il resta alors une petite fente, que l'on entretint pendant trois jours, en plaçant quelques brins de charpie entre ses bords, de peur qu'ils ne vinssent à se réunir avant que le fond de la plaie fût cicatrisé. La femme sortit de l'hôpital parfaitement guérie, cinq jours après la chute de la ligature.

OBS. II, (1). *Fistule complète, plus profonde que la précédente.* La femme Froment, âgée de 43 ans, vint à l'Hôtel-Dieu, le 4 décembre 1789, pour une fistule, qu'elle portoit depuis six ans, & qui étoit survenue à la suite d'un dépôt occasionné par une contusion. L'ouverture externe très-petite, étoit placée sur la fesse droite, un peu en arrière & à un pouce de la marge de l'anus; & l'interne plus grande, à deux pouces & demi de profondeur dans le rectum. L'intestin étoit dénudé dans toute cette étendue, & le trajet fistuleux environné de duretés; mais la peau étoit saine. Le pus sortoit plus abondamment par l'ouverture interne que par l'externe.

Comme cette femme n'avoit point d'autre incommodité, on ne la prépara à l'opération, qu'en vidant le rectum par un clystère simple, quelques heures avant de la pratiquer.

Cette malade fut située comme celle de l'observation précédente, & le stylet introduit de la même manière; mais comme l'ouverture interne étoit trop haute, pour qu'on pût ramener la canule au dehors, sans causer des douleurs très-vives, on suivit un procédé différent pour le reste de l'opération.

Après avoir porté le stylet dans la cavité de l'intestin, le chirurgien retira le doigt, pour introduire à sa place la pince (*fig. 5*), légèrement enduite de cérat, & qu'il tenoit fermée, de peur de blesser le rectum, par la saillie *a*, que fait la branche *ab*, lorsque l'instrument est ouvert. Il permit ensuite aux branches de s'écarter, en les abandonnant à l'action du ressort *r*. Le stylet fut enfoncé dans la fente *fg*,

(1) Recueillie par J. B. J. Boulet.

résultante de l'écartement des branches, & conduit jusqu'au cul-de-sac *f*. Alors un aide introduisit la canule, dont les bords, guidés par le stylet, se placèrent d'eux-mêmes sur les côtés de la fente. Le stylet, destiné uniquement à conduire la canule, devenoit alors inutile; l'aide le retira, pour passer à sa place le fil de plomb dans la canule, que le chirurgien avoit soin de tenir bien perpendiculaire à la largeur de la pince; précaution sans laquelle le bout du plomb, au lieu de s'engager dans la fente, se seroit arrêté sur l'un de ses côtés. Comme le fil de plomb n'avoit qu'environ trois lignes de longueur de plus que la canule, on apperçut aisément, par ce qui en restoit au dehors, qu'il étoit enfoncé dans la fente. Cependant, pour s'en assurer davantage, l'aide tira légèrement l'extrémité qui restoit au dehors, pendant que le chirurgien tenoit la pince fermée; la résistance fit connoître évidemment que le plomb étoit pincé. Alors, après avoir enfoncé la pince de quelques lignes, de peur que le plomb, en se repliant sur le bord de l'ouverture fistuleuse, ne déchirât l'intestin, on retira cette pince, en même temps qu'on retiroit la canule par l'ouverture externe de la fistule. L'un des bouts du plomb fut ainsi ramené par l'anus avec la pince, & l'autre resta hors de l'ouverture externe, de manière que ce fil formoit une anse, qui comprenoit tout le trajet fistuleux. Les bouts en furent ensuite rapprochés parallèlement & fixés dans la canule, de la même manière que dans l'observation première.

Quoique la fistule eût beaucoup plus de profondeur que la précédente, la guérison fut presque aussi prompte. La ligature tomba le vingt-cinquième jour.

Il resta ici, comme chez la première malade, une fente, qui tarda même dix jours à se cicatriser; parce que l'aide-chirurgien chargé du pansement, négligea d'introduire de la charpie entre ses bords, qui se recollèrent avant que la cicatrice eût réuni le fond de la plaie; & qu'il fallut ensuite détruire cette adhérence, de peur qu'il ne se formât une nouvelle fistule.

VIII. Les deux observations précédentes offrent le tableau du procédé de Desault dans le cas où l'opération est la plus facile, dans celui où la fistule étant complète & sans dénudation de l'intestin, au-dessus de l'ouverture fistuleuse, la route est frayée aux instrumens, il ne faut point en pratiquer une artificielle. Pour apprécier les avantages de ce procédé, jetons un coup-d'œil rapide sur ceux employés avant lui.

IX. Hippocrate, le premier qui ait décrit cette opération, se servoit, pour la pratiquer, d'un fil de lin très-fin, plié en cinq & cordé sur un crin de cheval. Cette ligature étoit portée dans le trajet fistuleux, au moyen d'un stylet d'étain, percé d'un œil à son extrémité & qu'il enfonçoit jusqu'à ce qu'il rencontrât l'index gauche, qui, placé dans l'intestin, lui servoit à en replier l'extrémité, à l'amener au dehors, & avec lui la ligature, dont il nouoit les bouts, & qu'il serroit ensuite chaque jour, à mesure qu'elle coupoit les parties.

X. Celse décrit une ligature différente de celle proposée par Hippocrate. C'est celle de la peau qui recouvre un trajet fistuleux dans le voisinage de l'anus. Il n'emploie que le scalpel, lorsque la fistule se porte vers l'intestin. Il faut, selon lui, porter jusqu'au fond du cul-de-sac de la fistule, un stylet troué à son bout, & enfilé d'un fil double ou triple, & inciser

ensuite *la peau* sur la pointe de ce stylet, pour le retirer par cette nouvelle ouverture. Il est évident qu'il n'est point ici question d'une fistule qui intéresseroit l'intestin. On pourroit même croire avec fondement, que lorsque la fistule étoit complète, Celse rejetoit toute espèce d'opération, au moins lorsque son ouverture interne se trouve à une certaine profondeur; cas pour lequel il ne conseille que des topiques.

XI. C'est cependant l'opération de Celse que la plupart des auteurs ont prise pour modèle. Presque tous ont employé, dans le cas de fistule complète, un *stylet à séton*, qu'ils faisoient pénétrer dans le rectum, & qu'ils ramenoient par l'anus avec le doigt, soit en renversant l'intestin, lorsque l'ouverture interne étoit peu élevée, soit en en repliant le stylet lorsqu'elle étoit profonde. Le stylet étoit le plus souvent d'argent; quelques praticiens ont cependant employé un stylet de plomb, sans doute à cause de sa flexibilité. Foubert qui ressucita cette opération, tombée en désuétude quelque temps avant lui, faisoit usage d'une espèce de lardoire d'argent, terminée d'un côté, par une pointe mousse, de l'autre par une espèce de tuyau pratiqué dans son épaisseur, & où s'adaptoit le fil. Comme tous les autres, il n'employoit que l'index pour le ramener au dehors. Seul, Girault se servoit, dans cette vue, d'une espèce de bec-à-corbin.

XII. Lorsqu'on compare ces divers procédés de lier les fistules complètes, à celui exposé dans les observations précédentes, il est facile de voir quelle est la différence. En effet, pour peu que la fistule soit élevée, quelle douleur ne doit-on pas causer en repliant sur le bord de son ouverture, un instrument

de métal, dont la résistance, fût-il d'étain, est toujours considérable? Cette résistance est d'ailleurs nécessaire pour son passage à travers le trajet fistuleux; sans elle, il plieroit, & céderoit devant le moindre obstacle. Ramené avec force par l'anus, le stylet ne doit-il pas tirailler, décoller, déchirer même les parois de l'intestin? de-là les inconvéniens trouvés à cette méthode par le plus grand nombre, qui ne la regarde que comme une ressource pour les sujets qui se refusent absolument à l'incision. A ces inconvéniens s'en ajoute un autre dans les procédés ordinaires; c'est celui de la matière de la ligature & de la manière de la serrer. La plupart n'employent qu'un fil de chanvre, ou de soie simple ou entre-mêlé de crin, mais toujours sujet à se pourrir, par le contact des matières fécales, à se rompre dans les constrictions successives qu'on lui fait éprouver, & à nécessiter par-là une opération nouvelle. Foubert imagina, pour obvier à ces désavantages, de lier les fistules avec un fil de plomb tiré à la filière, dont il réunissoit & tordoit les extrémités. Cette espèce de ligature a, sur les autres, l'avantage de causer moins de douleur, en coupant les parties qu'elle embrasse, & de ne pas s'altérer aussi promptement; mais on peut lui reprocher, 1°. de tirailler douloureusement les bords de l'ouverture fistuleuse, par la torsion du fil; 2°. d'être exposée à se rompre par cette même torsion; 3°. d'allonger par elle, au lieu de raccourcir & de serrer l'anse; 4°. de ne pas achever communément la section, & de laisser une portion de chairs à couper avec le bistouri, parce que la torsion est d'autant plus difficile, que l'anse du fil de plomb acquiert moins d'étendue.

XIII. Au procédé de Desault ne sont attribués aucuns des inconvéniens précédens; 1°. l'introduction du fil de plomb est toujours sans difficulté au moyen de la canule; 2°. replié seul, de la fistule dans l'intestin, ce fil souple & peu résistant ne peut nullement irriter les bords de l'ouverture fistuleuse, comme le faisoient les instrumens conducteurs de ligature, qu'on étoit obligé de replier avant elle pour la ramener ensuite par l'anus; 3°. par-là on évite toujours les douleurs, souvent même toute espèce de sensation pénible; & tel est, sous ce rapport, l'avantage de ces instrumens, que Desault a plusieurs fois opéré des malades qui, n'ayant pas senti leur trajet dans la fistule, lui demandoient s'il alloit bientôt commencer l'opération, lorsque déjà elle étoit achevée; 4°. avec la pince, on peut, sans craindre de blesser le rectum, aller saisir le fil à une grande profondeur, opérer, par conséquent & guérir, comme l'a fait Desault, des fistules qui s'élèvent beaucoup au-dessus de la portée du doigt; avantage qu'on appréciera sur-tout, lorsqu'on saura que cette dernière circonstance a été regardée par tous les auteurs, comme hors des ressources de l'art. Bertrandi, Bell, Sabatier même, ne croient pas l'opération possible en ce cas; 5°. la méthode de serrer la ligature au moyen de la petite canule, sur laquelle on la replie, met dans la suite des pansemens à l'abri des douleurs, effet de la torsion de Foubert; 6°. on n'est pas exposé à voir rompre cette ligature; elle peut être resserrée à volonté & d'une quantité déterminée & précise; 7°. on n'est jamais obligé d'achever la section avec le bistouri comme dans la torsion, puisqu'on peut toujours accourcir l'anse, formée par la ligature & même la

faire

faire entrer toute entière dans la canule ; 8°. pratiquée de cette manière, l'opération n'expose pas ordinairement à un traitement consécutif plus long que par l'incision ; Desault a même quelquefois obtenu une plus prompte guérison.

XIV. La pince dont nous avons indiqué l'usage dans les observations précédentes, n'a pas toujours eu la forme qu'exprime la planche septième ; elle ne fut d'abord qu'une espèce de pince à anneau concave, qui, en s'ouvrant du côté du fil à saisir, s'ouvroit aussi du côté opposé ; ensorte que les plis de la membrane interne de l'intestin, pouvoient s'engager dans la fente qui résultoit de l'écartement des branches, & être douloureusement pincée. Pour obvier à cet inconvénient, Desault elargit une des branches, & la termina par le recouvrement (*tu*, *fig.* 6) qui cache la fente postérieure a l'instant où l'on ouvre l'instrument. A la place des anneaux qu'il portoit d'abord à son extrémité (*d b*, *fig.* 5), il recourba cette même extrémité, la maintint écartée par un ressort (*z*), & par-là, eut plus de facilité pour manier l'instrument pendant l'opération. Quoiqu'ainsi corrigée, la pince ait beaucoup d'avantages, cependant son usage expose encore quelquefois à un inconvénient analogue au précédent. La membrane interne de l'intestin, lorsqu'elle est lâche & comme flottante, peut s'engager dans la fente intérieure (*f g*, *fig.* 5.) destinée à recevoir le plomb, & être pincée à l'instant où on rapproche les branches.

L'instrument gravé (*fig.* II.) met à l'abri de cet accident. C'est une espèce de gorgeret concave d'un côté, convexe de l'autre, terminé par un cul-de-sac où se trouve un petit trou destiné à recevoir le fil de plomb, creusé intérieurement d'une goutière dans

laquelle gliſſe une tige de métal, qui, pouſſée inférieurement, fixe & arrête ce fil. Pour procéder à l'opération, par ſon moyen, 1°. on conduit ſur le ſtylet la canule (*fig.* 5) qu'on pouſſe dans l'ouverture de l'inteſtin, de manière à en faire correſpondre l'extrémité au cul-de-ſac (*a*) de l'inſtrument introduit dans le rectum. Elle ne doit point entrer cependant dans ce cul-de-ſac, de peur que, pincée avec le plomb, elle n'empêche de retirer celui-ci; 2°. ce fil de plomb eſt gliſſé à travers la canule juſque dans le cul-de-ſac du gorgeret; 3°. on pouſſe en bas le bouton (*c*) & avec lui la tige de métal qui fixe alors le fil; 4°. l'inſtrument eſt un peu enfoncé dans l'inteſtin, pour donner plus d'étendue au fil de plomb, & s'aſſurer qu'il eſt pris; 5°. Si la canule l'étoit avec lui, ce qui ſuppoſeroit trop de largeur dans le cul de-ſac, ou repouſſeroit en haut le bouton (*c*); elle ſeroit dégagée & le fil ſerré de nouveau; le gorgeret enſuite retiré, l'améneroit au dehors, & ici l'opération rentre dans celle du cas précédent. Deſault avoit, dans ſes dernières années, preſque excluſivement adopté cet inſtrument qu'il préféroit à la pince d'abord imaginée pour retirer le fil.

§. III. *Du procédé opératoire dans le cas où la perforation de l'inteſtin eſt néceſſaire.*

XV. Si le procédé de Deſault mérite ſur les autres, une préférence excluſive, dans les cas où la fiſtule eſt complète, & où les paſſages ſe trouvent tout frayés, ſes avantages ne ſont pas moins réels, lorſqu'il faut pratiquer à l'inteſtin une ouverture artificielle, ſoit qu'il n'y en ait point de naturelle, comme dans les fiſtules

externes, ſoit qu'au-deſſus de celle qui exiſte, il ſe rencontre une dénudation conſidérable.

OBS. III (1), *Fiſtule externe, avec dénudation de l'inteſtin.* J. Bladinier, âgé de 30 ans, vint à l'Hôtel-Dieu, le 17 janvier 1791, pour une fiſtule, ſurvenue à la ſuite d'un dépôt ouvert ſix mois auparavant, avec la pierre à cautère. L'ouverture de la fiſtule étoit à la feſſe gauche & à deux travers de doigt de la marge de l'anus. Il exiſtoit pluſieurs clapiers : l'un d'eux ſe portoit vers l'inteſtin, qui ſe trouvoit dénudé & aminci, juſqu'à deux pouces de profondeur; un autre, moins étendu & dirigé vers le coccix, n'étoit recouvert que par la peau, amincie & preſque déſorganiſée en cet endroit.

L'inteſtin n'étoit pas percé dans ce cas, comme il l'étoit dans le précédent, & par cette conſidération, on procéda d'une manière un peu différente dans l'opération. Le doigt fut introduit dans l'anus, & la canule portée à l'aide du ſtyler, par l'ouverture fiſtuleuſe, juſqu'à la partie la plus élevée de l'inteſtin dénudé. Enſuite un aide paſſa dans cette canule le trois-quarts (*fig.* 4), & le chirurgien appuyant ſur le bouton qui termine cet inſtrument, l'enfonça dans la canule & le fit pénétrer avec elle dans la cavité de l'inteſtin. Pendant ce temps, il ſoutenoit la paroi dénudée de l'inteſtin, en appuyant avec le bout du doigt, immédiatement au-deſſous de l'endroit qu'il alloit percer, & qu'il éloignoit ainſi de la paroi oppoſée, que la pointe du trois-quarts auroit pu bleſſer, ſans cette précaution. Alors il retira cet inſtrument, en laiſſant la canule en place, & il acheva

(1) Recueillie par Guillier.

l'opération comme chez le ſujet de la précédente obſervation.

On mit enſuite à découvert toute l'étendue du clapier qui ſe portoit en arrière, en exciſant la peau qui le recouvroit. La plaie réſulrante de cette nouvelle opération, quoique peu étendue, ne parvint à l'entière cicatrice que le trente-neuvième jour, dix jours après la chute de la ligature & la guériſon de la fiſtule.

OBS. IV (1), *Fiſtule complète, profonde, avec dénudation de l'inteſtin au-deſſus de l'ouverture interne.* Louis Lecoq, âgé de 28 ans, & très-robuſte, avoit eu, à la fin de l'année 1789, au côté droit de la marge de l'anus, un dépôt fort étendu, qui s'étoit vidé dans l'inteſtin. Quelques mois après, un nouveau dépôt s'ouvrit ſur la feſſe, à un pouce & demi de la marge de l'anus, & rendit ainſi la fiſtule complète. Cet homme, qui ſouffroit peu de cette incommodité, la négligea juſqu'au 2 janvier 1791, qu'il vint enfin à l'Hôtel-Dieu.

A cette époque, l'inteſtin étoit dénudé juſqu'à trois pouces au moins au-deſſus de la marge de l'anus, un pouce plus haut que l'ouverture interne de la fiſtule. Le trajet fiſtuleux étoit environné de duretés, qui s'étendoient même ſur la feſſe, à trois pouces au-delà de l'ouverture externe, ſans cependant que la peau qui recouvroit cette partie, parût affectée.

Cette dernière circonſtance, jointe à la profondeur de la fiſtule, étoit une raiſon de préférer la ligature à toute autre eſpèce d'opération : mais il ne ſuffiſoit

(1) Recueillie par Boulet.

pas de passer le fil de plomb par les ouvertures fistuleuses déjà existantes ; on ne pouvoit espérer que l'intestin, dénudé beaucoup au-dessus de l'ouverture intérieure, se recollât aux parties voisines. Il falloit donc, pour guérir la fistule, embrasser dans la ligature toute la portion malade du rectum.

En conséquence, on perça l'intestin dans le point le plus élevé de la dénudation, & l'on y fit pénétrer la canule, au moyen du trois-quarts, comme on l'avoit fait pour la fistule externe de l'observation troisième. Dans le cas actuel, le trois-quarts, quoique très-pointu, pénétra difficilement, parce que l'extrémité du doigt placé dans le rectum, ne pouvoit parvenir assez près de la pointe de l'instrument, pour bien fixer la portion d'intestin qu'il falloit percer. Lorsqu'on y fut parvenu, la suite de l'opération n'offrit rien de particulier. On passa le plomb; on le saisit avec la pince; on le ramena par l'anus, avec la même facilité & de la même manière que chez les malades des observations deuxième & troisième.

Lecoq ne garda point le lit pendant le traitement, pas même le jour de l'opération. Il ne souffrit point; seulement, il éprouvoit une douleur légère & momentanée pendant qu'on resserroit la ligature.

Vingt-trois jours après l'opération, il restoit encore beaucoup de duretés du côté de la fesse; elles se fondirent peu à peu, & fournirent une suppuration abondante. La ligature coupa très-lentement les parties épaisses qu'elle comprenoit &, quoiqu'on eût soin de la resserrer tous les deux ou trois jours, à mesure qu'elle se relâchoit, la section ne fut achevée que le soixante-troisième jour. Cet homme quitta

l'hôpital, parfaitement guéri, le 18 mars 1791, soixante-neuf jours après l'opération.

XVI. Les deux obfervations précédentes offrent le tableau du procédé de Default dans le cas où il faut pratiquer à l'inteftin une ouverture artificielle pour y paffer la ligature; comparons ce procédé à ceux ufités avant lui.

La pratique a fingulièrement varié ici, comme dans toutes les parties de l'opération. Les uns employoient fimplement le ftyler conducteur de la ligature dont nous avons parlé (XI), & qu'ils pouffoient contre les parois amincies du rectum; les autres voulant éviter la douleur, inevitable effet de la déchirure produite par un corps rond, tel que le bouton du ftylet, imaginèrent d'y fubftituer une pointe mouffe. Quelques-uns même aiguisèrent cette pointe & la rendirent tranchante; mais alors il devenoit difficile de lui faire parcourir le trajet fiftuleux, fans bleffer les parties environnantes. De-là la modification de Fabrice d'Aquapendente, qui plaçoit au bout de l'inftrument une petite boule de cire; de-là l'idée plus heureufe de Paré, qui portoit une canule contre l'inteftin, paffoit dedans une aiguille dont la pointe étoit en forme de lancette. Le chirurgien n'étoit point expofé, par ce moyen, à fe bleffer, en ramenant par le rectum ou en repliant dans la cavité de cet inteftin un inftrument pointu. Mais après avoir retiré la canule, comment retrouver la route artificielle avec le fil de plomb? comment même introduire, dans le trajet fiftuleux, la canule dont l'extrémité préfente toujours une plus ou moins grande furface?

XVII. Toutes ces difficultés s'évanouiffent dans le procédé de Default: 1°. l'introduction de la canule

est toujours facile, au moyen du stylet conducteur, préliminairement passé dans la fistule ; 2°. la canule introduite laisse glisser, sans crainte de blesser les parties voisines, le trois-quarts destiné à percer l'intestin ; 3°. celui-ci est ouvert à la partie supérieure de la dénudation, sans que le chirurgien courre risque de se blesser le doigt ; 4°. la canule, enfoncée en même temps que le trois-quarts, & restée dans l'ouverture, facilite l'introduction du plomb, & alors l'opération rentre dans celle du cas précédent.

XVIII. Lorsque la dénudation de l'intestin existe beaucoup au-dessus de la portée du doigt, on peut également faire la ligature, en perçant préliminairement l'intestin. Mais dans ce cas, pour le fixer pendant que le trois-quarts le traverse, on substitue au doigt qui est trop court, le gorgeret de bois (*fig. 1*), dont nous parlerons à l'article de l'incision. L'observation suivante offrira les détails du procédé nécessaire alors, en même temps qu'elle fournira l'exemple du succès de la ligature, dans un des cas les plus difficiles qui puissent se présenter.

OBS. V, (1). *Fistule très-compliquée, & s'étendant beaucoup au-dessus de la portée du doigt.* Gilbert Sagitre, âgé de 40 ans, portoit depuis dix ans une fistule à l'anus, survenue après un dépôt critique. Le malade avoit toujours négligé cette incommodité, quoiqu'il eût paru de temps en temps de nouveaux dépôts ; mais il se forma, vers le mois de juillet 1750, à la marge de l'anus, deux tumeurs, si considérables, qu'elles l'empêchèrent de marcher. Il se fit transporter dans un des hôpitaux de Paris, où il

(1) Recueillie par Boulet.

fut opéré par l'incision de l'intestin & l'excision de la peau désorganisée; ce qui n'empêcha pas qu'un mois après, il ne se formât sous la peau de nouveaux clapiers, qui obligèrent à faire une seconde opération, tout aussi infructueuse que la première. Après trois mois de traitement, la fistule existoit encore; on renvoya cependant le malade, en lui annonçant que sa maladie étoit incurable. Ce fut alors qu'il se détermina à venir à l'Hôtel-Dieu, où il entra le 3 novembre 1790.

En ce moment, il y avoit à chaque fesse un clapier considérable, sur lequel la peau étoit amincie & désorganisée, dans une grande étendue. Un de ces clapiers communiquoit avec une fistule ouverte sur la fesse droite, à un pouce & demi de la marge de l'anus & vers sa partie postérieure. Cette fistule pénétroit dans l'intestin, lequel se trouvoit dénudé dans la moitié de sa circonférence, & à la hauteur de plus de quatre pouces. On sentoit en même temps dans le rectum & autour de l'anus, des duretés & des callosités considérables, lesquelles diminuèrent un peu par l'usage des cataplasmes, qu'on fit continuer jusqu'au moment de l'opération, qui eut lieu le neuvième jour.

Le malade étant couché sur le côté droit, & disposé comme dans les cas précédens, le chirurgien incisa le clapier du côté droit, sur une sonde cannelée, & le plus près possible de la marge de l'anus, pour laisser du côté de la fesse toute la peau désorganisée, qu'il saisit ensuite avec les doigts & qu'il excisa d'un seul coup de bistouri : il en fit autant à l'autre clapier.

Alors, il porta par la fistule, jusqu'au haut de la

dénudation, le ſtylet, puis la canule, & enfin, dans celle-ci, le poinçon du trois-quarts. Mais on ne put percer l'inteſtin, qu'en le ſoutenant avec l'extrémité du gorgeret de bois (*fig. 1*); au lieu de le fixer avec le doigt, comme on l'auroit fait, ſi la fiſtule avoit été moins profonde. On fit enſuite la ligature, comme dans les cas précédens, mais avec un fil de plomb de *onze pouces de longueur*. On remplit les plaies réſultantes des exciſions, de charpie brute, que l'on recouvrit de compreſſes, ſoutenues par le bandage *triangulaire*.

La ſuppuration s'établit dès le lendemain. Le traitement ne préſenta d'ailleurs rien de particulier. La ligature tomba le quarante-deuxième jour, & laiſſa une fente d'un pouce de profondeur, qu'il fallut encore panſer pendant vingt-quatre jours, afin d'empêcher le recollement prématuré de ſes bords. La cicatriſation ne fût même achevée que le quatre-vingt-dixième jour. Le malade ſortit alors de l'hôpital, parfaitement guéri, & n'a éprouvé depuis aucune incommodité.

OPÉRATION PAR L'INCISION.

XIX. L'opération de la fiſtule par l'inciſion remonte à une époque auſſi éloignée que celle par la ligature. Hippocrate l'a décrite; Celſe l'a conſeillée; les Arabes l'ont pratiquée; & on la trouve expoſée dans tous les livres des Arabiſtes, leurs compilateurs. Mais l'art étoit alors bien au-deſſous du niveau où il ſe trouve aujourd'hui ſur ce point. Les fiſtules externes étoient les ſeules auxquelles on osât toucher; pénétrantes dans

l'inteſtin, elles étoient regardées comme incurables; & l'opération ſe bornoit alors à mettre à découvert le fond du clapier ſans toucher au rectum, procédé avantageux ſans doute, dans les ſinus ſuperficiels & éloignés de l'inteſtin, mais inſuffiſant dès qu'ils s'en rapprochent & que celui ci eſt dénudé; l'expérience démontra bientôt cette vérité; on vit que dans preſque toutes les fiſtules externes comme dans les fiſtules complètes, il n'étoit d'eſpoir de guériſon qu'en fendant l'inteſtin, en diviſant toutes les parties compriſes entre le trajet fiſtuleux & l'anus, & c'eſt-là aujourd'hui, à proprement parler, l'opération par l'inciſion, qui ſe pratique différemment ſuivant l'état de la fiſtule. Examinons la d'abord dans le cas le plus ſimple & le plus facile, dans la fiſtule complète peu profonde & ſans calloſités.

§. IV. *Procédé opératoire dans les fiſtules complètes & externes.*

xx. Ici, comme par-tout, chacun a eu ſon procédé. Les anciens paſſoient dans le trajet de la fiſtule, une ſonde flexible qu'ils replioient avec le doigt introduit dans le rectum, & qu'ils ramenoient enſuite au dehors, pour ſervir de conducteur au biſtouri, qui diviſoit d'un ſeul coup, toutes les parties compriſes dans l'anſe de la ſonde. Si l'inteſtin n'étoit pas ouvert, ils le perçoient avec l'extrémité de cet inſtrument.

xxi. Gallien ſe ſervoit d'une eſpèce de couteau falciforme, déſigné depuis ſous le nom de ſyringotome, terminé à ſon extrémité par un ſtylet inflexible, qu'il introduiſoit par l'ouverture extérieure de la fiſtule, le faiſoit pénétrer dans le rectum, l'amenoit

au dehors & fendoit les parties, en retirant par la même voie, l'inſtrument tout entier. Les modernes ont fait quelques changemens au ſyringotome, dont ils ont recourbé le bout oppoſé à la pointe, & dont ils ont rendu le ſtylet flexible; malgré ces changemens, cet inſtrument eſt depuis long-temps tombé en déſuétude, & il ne figure plus que dans nos arſenaux de chirurgie. Scultet, qui le décrit, parle auſſi d'un inſtrument aſſez analogue & qui n'en diffère que par une chappe de métal, dont ſa lame eſt recouverte pendant qu'on le porte dans la fiſtule; c'eſt le biſtouri royal; d'autres propoſent, & le même Scultet recommande ſpécialement le biſtouri herniaire. Pott & Bell ſe ſervent d'un biſtouri courbe, long, étroit, à pointe mouſſe ou boutonnée, qu'ils pouſſent juſque dans l'inteſtin ſans le ſecours de la ſonde. Le plus grand nombre des modernes, fait au contraire paſſer préliminairement une ſonde dans la fiſtule, la ramène par le rectum & inciſe deſſus.

XXII. Gliſſons ſur de plus amples détails hiſtoriques; ceux-là ſuffiſent pour nous montrer que les inſtrumens employés juſqu'ici pour l'inciſion de la fiſtule à l'anus, ont tous les vices communs & eſſentiels, 1°. de ne pouvoir être mis en uſage dans les fiſtules profondément ſituées au-deſſus de la portée du doigt; 2°. de préſenter, lorſqu'on les retire par l'anus, les mêmes difficultés que nous avons remarquées dans les inſtrumens deſtinés à la ligature; 3°. de tirailler alors & de contondre les parois de l'inteſtin, d'alonger par-là l'opération & les douleurs toujours très-vives qui en réſultent; 4°. d'expoſer le chirurgien à ſe bleſſer; 5°. d'aller heurter ſouvent, de déchirer & de couper même la paroi oppoſée du rectum; 6°. de

ne pouvoir presque pas être mis en usage dans les fistules, dont l'orifice externe est très - éloignée de l'anus. Quelques - uns de ces inconvéniens ne sont point applicables à l'instrument de Brambilla, assemblage d'une sonde cannelée & d'un gorgeret de fer; mais telle est sa complication, & la difficulté de s'en servir, qu'il n'est pas de praticien judicieux qui puisse en adopter l'usage.

XXIII. Desault se servoit, pour inciser les fistules, d'un bistouri à lame longue & droite, d'une sonde cannelée, mousse & sans cul de-sac, & d'une espèce de gorgeret de bois, gravé (*fig. 1*), concave sur l'une de ses faces, arrondi en bas & terminé par un cul-de-sac où doit s'engager la sonde, surmonté en haut par un manche dans la même direction. Introduit dans l'intestin, il sert de conducteur au bistouri, qui coupe sur lui tout le trajet fistuleux, sans crainte de la lésion de la paroi opposée du rectum. Ce gorgeret n'est point une invention nouvelle; Marchettis en employoit un semblable de métal, qu'il garnissoit de coton dans sa concavité, pour ne point émousser le bistouri. Raw, au commencement de ce siècle, en recommandoit l'usage dans ses leçons. Masiéro, chirurgien de Padoue, l'a fait graver. On trouve la figure & la description d'un gorgeret analogue dans le second volume des institutions de chirurgie d'Heister. Runge, chirurgien de Brême, l'employoit également avec cette modification que le manche formoit un angle avec la portion destinée à être introduite dans le rectum. Sa sonde cannelée étoit aussi recourbée en sens contraire, afin que la main de l'aide qui fixoit le gorgeret dans l'anus, & celle du chirurgien qui tenoit la sonde introduite dans la fistule, fussent plus éloignées l'une

de l'autre. Mais cette courbure eſt inutile, puiſque engagée une fois dans les parties molles, les inſtrumens peuvent toujours être ſuffiſamment écartés. Le gorgeret de Runge étoit de métal comme celui de Marchettis; mais Deſault trouvoit plus ſimple de le faire en bois pour ne pas être obligé de le garnir; il eſt d'ailleurs plus léger, moins coûteux, & on peut, au beſoin, le conſtruire ſoi-même dans un cas extraordinaire & urgent.

XXIV. Le procédé opératoire eſt ſimple avec cet inſtrument : on l'exécute ainſi:

1°. Le malade eſt couché, au bord de ſon lit garni d'un drap replié en pluſieurs doubles, ſur le côté correſpondant à la fiſtule, le tronc fléchi ſur le baſſin, la cuiſſe de deſſus plus rapprochée du ventre que celle qui repoſe ſur le lit, afin de mettre, par-là, l'orifice fiſtuleux & l'anus à découvert.

2°. Un aide eſt chargé d'écarter les feſſes en ſoulevant celle qui eſt oppoſée à la fiſtule, un autre placé près du chirurgien lui préſente les inſtrumens.

3°. Le chirurgien introduit dans l'anus l'indicateur gauche, graiſſé de cérat, en tourne la face palmaire du côté de la fiſtule, prend de l'autre main la ſonde cannelée qu'il introduit & pouſſe dans le trajet fiſtuleux, en la conduiſant avec le doigt placé dans l'inteſtin.

4°. Si la fiſtule eſt complète & que ſon orifice interne ſoit dans le point le plus élevé de la dénudation, il fait pénétrer la ſonde par cet orifice; dans le cas au contraire de fiſtule externe, ou de fiſtule complète, avec dénudation de l'inteſtin au-deſſus de l'orifice interne, il pouſſe la ſonde juſqu'à ce qu'avec le doigt & à travers les parois amincies du rectum, il la ſente parvenue au haut de l'endroit dénudé.

5°. Il retire le doigt, porte à sa place le gorgeret de bois, légèrement enduit de cérat sur sa convexité; engage, par de petits mouvemens latéraux, le bout de la sonde dans son cul-de-sac, soit immédiatement lorsqu'elle a passé par l'orifice fistuleux, soit médiatement en poussant devant elle la membrane de l'intestin, lorsqu'il y a dénudation au-dessus, ou que la fistule est externe.

6°. Le gorgeret est confié à un aide, qui le retient fortemenr en l'écartant de la sonde cannelée; tandis que le chirurgien conduit sur cette sonde qu'il tient lui-même, le bistouri long & étroit, qu'il enfonce jusqu'au gorgeret, & avec lequel il coupe, d'un seul coup, de dedans en dehors, & sans danger de blesser les autres parties, tout ce qui se trouve compris entre le trajet fistuleux & l'anus.

7°. Pour s'assurer que rien n'est resté à inciser, il fait glisser de bas en haut le bout de la sonde le long de la cannelure du gorgeret; s'il sent de la résistance, le bistouri glissé de nouveau sur la crénelure, incise les parties qui lui ont échappé la première fois; & alors la sonde est librement ramenée au dehors. Le gorgeret est aussi retiré.

8°. Le pansement consiste à introduire entre les bords de la plaie une grosse mèche de charpie destinée à les tenir écartés, & qu'on renouvelle tous les vingt-quatre heures.

XXV. Le procédé, tel que nous venons de le décrire, est simple, facile, prompt dans son exécution, sûr dans ses résultats; il évite les nombreux inconvéniens exposés (XXII). Nul tiraillement, nulle distension douloureuse ne sont à craindre pour les membranes de l'intestin; le chirurgien ne risque

point de ſe bleſſer ; la paroi oppoſée du rectum eſt garantie par le gorgeret ; quelle que ſoit l'épaiſſeur des parties à diviſer, ce procédé eſt applicable ; on eſt diſpenſé toujours de faire l'inciſion préliminaire qu'exigent la plupart des autres ; enfin on peut toujours mettre en uſage celui-ci, à quelque profondeur que ſe trouve l'orifice interne de la fiſtule, comme l'obſervation ſuivante nous en offre un exemple.

OBS. VI. *Fiſtule complète, au-deſſus de la portée du doigt.* Thérèſe Vacry, âgée de 36 ans, eut au mois de juillet 1785, à la feſſe gauche & près de l'anus, une tumeur inflammatoire, accompagnée de douleurs vives & pulſatives, qui ſe termina par un dépôt très étendu. Les douleurs diminuèrent alors & ceſsèrent preſque entièrement, quelques jours après, lorſque le pus ſe fut écoulé par une ouverture qui ſe forma ſur la feſſe, à quatre pouces environ de la marge de l'anus. La malade ſe mit alors entre les mains de divers charlatans, qui épuisèrent ſur elle une foule de moyens dont l'inſuffiſance la força enfin à venir à l'Hôtel-Dieu, chercher les vrais ſecours de l'art.

A cette époque, il y avoit deux ouvertures extérieures, dont les environs étoient durs & calleux. Un trajet fiſtuleux, également accompagné de calloſités, s'étendoit d'une ouverture à l'autre, puis remontoit le long du rectum, dans la cavité duquel le ſtylet alloit ſe rendre, beaucoup au-deſſus de la portée du doigt, puiſqu'on ne pouvoit en atteindre le bout, qu'au moyen du gorgeret enfoncé de quatre à cinq pouces. Il ſuintoit des ouvertures externes une ſanie rouſſeâtre & quelquefois ſanguinolente.

Comme la malade étoit cacochyme, on la prépara pendant quelques jours, par des boiſſons délayantes,

un émétique & un purgatif léger, & Desault l'opéra le 21 août 1787, de la manière suivante, il incisa d'abord sur la sonde cannelée & d'un seul coup de bistouri, toute la peau placée entre les deux ouvertures de la fesse. Il conduisit ensuite la sonde cannelée dans le sinus qui montoit le long du rectum, en la dirigeant avec le doigt placé dans l'intestin; & lorsqu'il en eut fait sortir la pointe par l'ouverture intérieure, & qu'il l'eut placée dans la goutrière, il fendit l'intestin sur le gorgeret de bois, de la même manière que nous l'avons exposé (XXIV, 6°.); à cela près, qu'il fut obligé d'employer un bistouri plus long que celui dont il se servoit dans les cas ordinaires.

Cette opération ne fut pas suivie, comme on auroit peut-être pu le craindre, d'une hémorragie considérable. Le peu de sang qui suintoit des bords de la division, s'arrêta facilement, au moyen d'une mèche portée dans l'intestin, jusqu'au-dessus de la plaie, & de boulettes de charpie saupoudrées de colophone.

Le dévoiement survenu cinq jours après l'opération, cessa le dixième; mais la plaie tarda quelque temps à se déterger, & la cicatrice ne fut complète & la malade bien guérie, que le soixante-neuvième jour du traitement.

§. V. *Procédé opératoire dans les fistules internes.*

XXVI. Si la fistule est borgne externe, le procédé ne subit aucune modification; mais il est different si elle est borgne interne : examinons la difference. Quand alors le fond du foyer se trouve très-superficiel, & que le pus a déjà produit au dehors une tumefaction & un changement de couleur à la peau, il faut

inciser

incifer fur cette portion de peau malade, rendre ainfi la fiftule complète & opérer comme dans le cas précédent : l'obfervation fuivante nous offre un exemple de cette pratique.

OBS. VII, (1). *Fiftule interne.* Au commencement d'août 1785, Victoire Guiterme, âgée de 9 ans, reffentit de fortes cuiffons dans le rectum. Bientôt après, une inflammation confidérable s'étendit depuis l'anus jufqu'au milieu de la feffe gauche, & fut fuivie d'un dépôt qui s'ouvrit dans le rectum, à la hauteur d'un pouce. Quoique le foyer ne fe vidât pas complétement, il ne fe fit point d'ouverture à l'extérieur, & trois mois après, lorfque la malade vint à l'Hôtel-Dieu, la peau commençoit feulement à s'amincir, & à fe deforganifer dans une petite étendue.

Default incifa d'abord la peau dans toute l'étendue du foyer purulent, & le plus près poffible de la feffe; puis, après avoir mis à découvert, par une feconde incifion, un clapier qui fe portoit vers le coccix, il faifit avec les doigts, l'angle de la peau réfultant de ces deux incifions, & il excifa la peau amincie & déforganifée, qu'il avoit laiffée toute entière du côté de l'anus, afin de pouvoir l'emporter d'un feul coup de biftouri. Il introduifit enfuite une fonde cannelée dans le trajet fiftuleux, & fendit l'inteftin fur le gorgeret de bois.

La malade fut panfée à la manière ordinaire, avec une mèche, des boulettes de charpie brute & deux compreffes foutenues par le bandage en T. La fuite du traitement n'eut rien de remarquable, & la malade

(1) Recueillie par Levacher.

fortit de l'hôpital parfaitement guérie, trente quatre jours après l'opération.

XXVII. Le cas de l'obfervation précédente n'eft pas fans doute le plus embarraffant dans les fiftules borgnes internes. La difficulté principale, c'eft lorfque la peau étant faine, nulle tuméfaction n'ayant lieu au voifinage de l'anus, aucun figne ne nous indique là où exifte le foyer purulent. Petit, dans ce cas, a donné le précepte d'introduire & de laiffer féjourner vingt-quatre heures dans le rectum, une groffe tente, qui, bouchant l'orifice interne de la fiftule, empêche l'écoulement du pus, le force à s'amaffer & à produire au dehors une tumeur, indice de l'endroit où il faut incifer. Ce moyen eft prefque toujours nul, 1°. parce que jamais la compreffion ne peut être affez exacte pour prévenir tout fuintement purulent; 2°. parce que le plus communément l'épaiffeur des parties fubjacentes à la peau empêcheroit la tuméfaction.

XXVIII. D'autres employent dans la même vue un autre moyen; il confifte à introduire dans le rectum l'indicateur qu'on recourbe enfuite en le tirant à foi, pour ramener au dehors le foyer de la matière, & à preffer en même temps aux environs de l'anus. L'endroit où le malade éprouve de la douleur par cette preffion, eft celui où il faut incifer. Un troifième procédé confifte à faire pénétrer dans l'anus le long de l'indicateur un ftylet replié en deux, de manière qu'un des bouts foit plus court que l'autre; on tâche d'engager celui-ci dans l'orifice interne, & en retirant l'autre on le ramène dans le foyer; on le fait faillir au dehors, de manière à indiquer ce foyer, & par

conséquent le lieu de l'incision. Mais outre la difficulté d'introduire ce stylet dans la fistule, & les douleurs qui en sont l'inévitable résultat, ce procédé a un inconvénient commun aux deux que nous venons d'examiner, celui de nécessiter une double incision, d'abord pour frayer la route aux instrumens, en second lieu pour fendre l'intestin.

XXIX. Desault conseilloit de faire en un seul temps l'incision de la fistule interne, en employant un bistouri ordinaire, le lithotome caché, ou même, dans certains cas, le kiotome dont nous avons parlé à l'article de la rescision des amygdales. Si on emploie le bistouri ordinaire, le chirurgien, après avoir fait convenablement situer le malade, 1°. porte l'indicateur gauche dans le rectum, & s'assure du lieu & de l'état du foyer, par la présence des duretés, par la fluctuation, par le petit tubercule & l'enfoncement qui correspondent ordinairement à l'orifice fistuleux; 2°. glisse le long du doigt un bistouri, en tournant le plat de la lame contre sa face palmaire, & le porte un peu plus haut que le fond du clapier; 3°. fait tendre par un aide la peau du côté correspondant à la fistule, & retournant la lame du bistouri, pratique une incision qui met bien le fond du foyer à découvert, & s'étend plus ou moins sur la marge de l'anus, suivant l'étendue plus ou moins considérable du foyer; 4°. porte le doigt dans la plaie, s'assure si aucun clapier accessoire, aucunes callosités n'existent; s'il s'en rencontre, il ouvre les uns & scarifie les autres.

XXX. S'il préfère l'usage de l'instrument du frère Come, le doigt, préliminairement introduit dans le rectum, lui sert à porter cet instrument dans l'intestin, gradué au degré convenable à l'étendue de

l'incision qu'il veut pratiquer. Lorsqu'il l'y a fait parvenir, le doigt est retiré, & tandis que lui-même tend la peau de la marge de l'anus avec la main gauche, il ouvre avec la droite le lithotome, & fait, en le retirant, une incision suffisante.

XXXI. S'il n'existe qu'un petit foyer & que son orifice soit très-rapproché de l'anus, le kiotome suffit pour l'inciser. On engage dans l'échancrure de la gaîne la portion du bord de l'anus correspondante au petit foyer; la lame est enfoncée, & la section s'opère.

§. VI. *Du procédé opératoire dans les fistules anciennes & compliquées de callosités.*

XXXII. Malgré les succès multipliés, obtenus par la simple incision du rectum, il s'en faut de beaucoup que cette opération ait été généralement adoptée, surtout pour les fistules anciennes, dont souvent le trajet est accompagné de duretés, & dont les parois sont calleuses. La plupart des praticiens, prévenus d'une fausse idée sur ces prétendues callosités, ont cru ne pouvoir guérir les fistules sans exciser toutes les parties qui leur paroissoient affectées d'une dureté contre nature. On voit dans Aëtius, que Léonide passoit dans le sinus une sonde flexible, qu'il replioit, après l'avoir ramenée par l'anus; & qu'il excisoit, autour de cette sonde, toutes les parties qu'elle comprenoit. Presque tous les auteurs modernes ont recommandé cette méthode, qui étoit encore, il y a peu d'années, la plus généralement suivie par les praticiens. L'expérience avoit cependant démontré, & Gui de Chauliac le savoit déjà, que ces callosités, causées principalement par le séjour du pus & le passage des matières stercorales,

ſe fondoient & ſe diſſipoient, dès qu'on avoit détruit leur cauſe, par l'inciſion de la fiſtule. Petit convient de cette vérité dans ſes *Œuvres poſthumes ;* mais entraîné ſans doute par l'habitude & le préjugé, il n'en recommande pas moins l'exciſion des parties calleuſes, dont il prouve en même temps l'inutilité.

XXXIII. Cette méthode a cependant bien des déſavantages : outre qu'elle alonge le rraitement, qu'elle cauſe des douleurs beaucoup plus vives que la ſimple inciſion, & qu'elle augmente le danger de l'hémorragie, la déperdition de ſubſtance qu'elle occaſionne produit ſouvent un rétréciſſement de l'anus, & laiſſe quelquefois à côté de l'anus *naturel*, une eſpèce d'anus *artificiel*, par lequel les matières fécales s'échappent involontairement, pendant toute la vie. Deſault en a vu un exemple dans un homme qui avoit anciennement ſubi cette ſorte d'opération à l'Hôtel-Dieu. Un autre que l'exciſion n'avoit point guéri de ſa fiſtule, & auquel elle avoit laiſſé un anus contre nature, ſemblable au précédent, vint à l'Hôtel-Dieu dans le dernier degré de maraſme, & périt quelques jours après y être entré.

XXXIV. Ce n'eſt donc pas ſans raiſon que Bell prétend qu'on doit rejeter abſolument l'exciſion qui n'eſt fondée que ſur le préjugé ; & que, dans le cas où le délabrement conſidérable de l'anus ſembleroit en indiquer la néceſſité, une inciſion, au plus, de chaque côté du rectum, ſuffit toujours pour amener la guériſon.

XXXV. Il eſt une autre eſpèce d'exciſion bien différente de la précédente, & qui devient ſouvent néceſſaire ; c'eſt celle de la peau qui ſe trouve communément amincie, & tellement déſorganiſée par

l'inflammation & le séjour du pus, qu'il est impossible qu'elle reprenne son état naturel & qu'elle se recolle aux autres parties. Celse connoissoit, sans doute, la nécessité de cette excision, puisqu'il conseille de faire une double incision à la peau qui recouvre les clapiers, & d'en emporter une portion. Fabrice de Hilden recommandoit aussi d'exciser la peau ou de la détruire de quelqu'autre manière, lorsqu'elle est tellement amincie, qu'on ne peut espérer qu'elle se recolle sur le fond de l'ulcère. Cette sorte d'excision abrége beaucoup le traitement en même temps qu'elle rend les pansemens plus faciles & moins douloureux.

XXXVI. On peut donc établir en principe, 1°. que l'incision suffit toujours pour procurer le dégorgement des callosités, qui, n'étant entretenues que par la présence du pus, disparoîtront bientôt avec le suintement purulent; 2°. que la désorgation de la peau est presque le seul cas où il faille lui associer l'excision. Si le long séjour du pus dans un vaste foyer, avoit tellement désorganisé une portion de l'intestin, qu'il ne restât plus d'espoir de la conserver, on pourroit aussi l'emporter au moment de l'opération.

§. VII. *Du traitement consécutif.*

XXXVII. Quelle que soit la manière dont on ait incisé une fistule à l'anus, le pansement consiste à introduire chaque jour entre les bords de la plaie, afin de les tenir écartés, une tente de charpie, dont la longueur & l'épaisseur doivent être proportionnées à la profondeur & à l'étendue de l'incision. C'est une précaution essentielle, & que recommande avec raison Sabatier, de l'entretenir constamment entre les bords, sur-tout dans les premiers

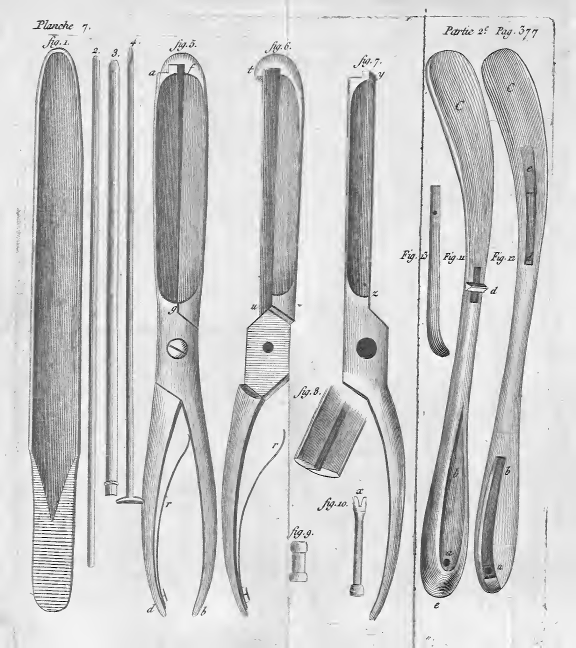
temps. Si elle gliſſe dans l'anus, la plaie peut ſe réunir & bientôt la fiſtule reparoîtra; au contraire avec la précaution indiquée, la réunion s'opère du fond vers la ſuperficie, & la guériſon eſt certaine.

XXXVIII. Si l'opération eſt accompagnée d'hémorragie, accident que la pratique offre quelquefois, on peut l'arrêter en portant juſqu'au deſſus de l'inciſion un bourdonnet lié d'un long fil, en introduiſant enſuite dans la plaie, avec un peu de force, pluſieurs boulettes de charpie ſaupoudrées de colophone, en appliquant par-deſſus un gâteau de charpie, des compreſſes longuettes, & en ſoutenant le tout avec un bandage en T.

XXXIX. Lorſque le ſang s'échappe en grande quantité, & que ce moyen ne ſuffit pas pour l'arrêter, il s'épanche dans la cavité de l'inteſtin, où il trouve moins de réſiſtance que vers l'extérieur; le malade éprouve alors de légères coliques, & un ſentiment de chaleur ſemblable à celui qu'occaſionneroit un lavement un peu chaud; le pouls s'affoiblit, devient petit; les extrémités ſe refroidiſſent; la ſyncope ſurvient. Dès qu'on ſoupçonne cette hémorragie interne, il faut promptement lever l'appareil. Ne vous étonnez pas alors, ſi le ſang s'échappe à flots, & comme ſi on le verſoit avec une aiguière : c'eſt celui qui c'eſt accumulé dans l'inteſtin, & qui, alors ſort tout-à-coup. Deſault a eu quelquefois occaſion de faire cette obſervation. Bientôt l'écoulement ceſſe, & il n'y a que celui fourni par le vaiſſeau ouvert. Dans ce cas il faut employer des moyens de compreſſion plus puiſſans que ceux indiqués ci-deſſus. Pluſieurs praticiens font uſage, d'après Levret, d'une veſſie introduite vide dans l'inteſtin, & qu'on remplit enſuite d'air pour

comprimer les parois inteſtinales ; mais la difficulté de diriger alors la compreſſion d'une manière ſpéciale ſur le vaiſſeau ouvert, rend en général ce moyen peu avantageux. Le procédé indiqué par Lafaye, mériteroit conſtamment la préférence. Deſault eut occaſion d'éprouver un jour l'inſuffiſance de la veſſie, ſur un malade, dont il avoit exciſé la tunique interne du rectum reſtée long-temps en dehors & conſidérablement tuméfiée, dans une chute de l'anus. L'hémorragie fut conſiderable ; pour l'arrêter il eut recours au moyen de Levret ; malgré cela le ſang ne ceſſa point de couler ; il s'amaſſa dans l'inteſtin, & déjà le malade éprouvoit les accidens expoſés ci-deſſus. Alors on ôta la veſſie pour appliquer un autre moyen ; à l'inſtant le ſang coula à flots. Bientôt il fut arrêté ; on enleva tous les caillots, & on comprima, de la manière ſuivante : un morceau de linge quarré, portant à ſes quatre angles des rubans de fils, fut introduit dans l'anus. On entaſſa, dans la cavité qui en réſulta, des boulettes de charpie ſaupoudrées de colophone : ſur elles furent appliqués des gâteaux de charpie, qu'on retint en nouant les fils fortement. Cet appareil, laiſſé pendant quatre jours en place, fut ôté à cette époque, ſans qu'il ſurvînt la moindre hémorragie. Le malade a très-bien guéri.

XL. Il eſt rare que l'inciſion des fiſtules ſoit ſuivie d'un accident que les anciens redoutoient ſpécialement, & que Paul d'Ægine regarde comme inévitable, de l'incontinence des matières fécales. La ſection du ſphincter avoit paru devoir la déterminer, mais on ſait aujourd'hui que les muſcles diviſés ſe réuniſſent comme les autres parties, & rempliſſent également bien leur fonction, après cette réunion. D'ailleurs la


Planche 7.
Partie 2e. Pag. 377
fig. 1.
2.
3.
4.
fig. 5.
fig. 6.
fig. 7.
fig. 8.
fig. 9.
fig. 10.
Fig. 13
Fig. 11
Fig. 12
a
f
g
r
d
b
t
u
r
y
z
x
C
C
e
d
d
b
a
b
a
e

ligature devroit évidemment être ſujette au même inconvénient, que perſonne cependant n'a jamais penſé à lui reprocher. Il arrive quelquefois, il eſt vrai, que pendant les premiers jours qui ſuivent la guériſon, le malade éprouve un peu de difficulté à retenir les matières; mais elle paroît indépendante de la ſection du ſphincter. Deſault l'attribuoit à l'eſpèce de rainure, qu'on voit encore à l'anus à la fin du traitement. En effet, cette difficulté ceſſe dès que la rainure, dont nous parlons, eſt effacée & la cicatrice conſolidée. Si cependant, il arrivoit que le ſphincter de l'anus ne pût recouvrer ſon action primitive, il faudroit s'en prendre à la maladie qui auroit rongé & détruit une portion de ce muſcle, & non à l'opération elle-même qu'on peut répéter pluſieurs fois ſans attirer cet inconvénient, comme le démontrent la raiſon & l'expérience.

EXPLICATION

De la ſeptième planche.

FIG. I. Gorgeret de bois, concave d'un côté, convexe de l'autre, long de 7 pouces, large de 7 à 8 lignes, ſervant à l'inciſion de la fiſtule.

FIG. II. Stylet de métal, de 6 à 7 pouces de longueur, ſur deux tiers de ligne de diamètre, cylindrique, ſans bouton, à bouts un peu arrondis.

FIG. III. Canule d'or ou d'argent, d'environ 6 pouces de longueur, s'adaptant exactement au ſtylet, & terminé comme l'extrémité de la canule d'un trois-quarts.

Fig. IV. Trois-quarts d'or ou d'acier, de la même grosseur que le stylet, s'adaptant exactement à la canule, qu'il surpasse en longueur de toute sa pointe, terminé d'un côté par une espèce de lentille.

Fig. V. Pince de métal, servant à retirer le plomb, longue de 7 pouces. La largeur de chacune de ses branches est d'environ 6 lignes. — *afg.* Goutière formée par la réunion des branches coupées en biseau suivant leur longueur. — *fg.* Fente d'une ligne & demie de profondeur, résultant de l'écartement des branches, & destinée à recevoir le bout du stylet & de la ligature. Elle a un peu moins d'une ligne, à son extrémité la plus large *f*, de sorte qu'elle ne peut admettre le bout de la canule. — *r.* Ressort tendant à écarter les branches.

Fig. VI. Branche femelle de la pince. — *t.* Arrêt du cul-de-sac, pour retenir l'autre branche. — *t u.* Recouvrement mousse, s'adaptant exactement à la convexité de la branche mâle, & recouvrant toute la fente, lorsque la pince est ouverte.

Fig. VII. Branche mâle terminée par un prolongement *y*, correspondant au cul-de-sac *t.* Ce prolongement est moins large que le cul-de-sac de toute l'étendue de l'ouverture de la pince. — *yz.* Côté de la branche coupé à vive-arrête, & garni de sillons ainsi que le côté correspondant de l'autre branche, afin de mieux retenir le plomb.

Fig. VIII. Coupe de la pince, pour faire paroître le recouvrement.

Fig. IX. Canule d'or ou d'argent, applatie, longue de 5 à 6 lignes, large de 2, destinée à serrer la ligature. Elle est vue de face.

Fig. x. Canule ſemblable, plus longue, vue de champ, afin de faire paroître les fentes *x*, deſtinées à recevoir & fixer les extrémités du fil de plomb. Les bouts de ces canules doivent être très-mouſſes, de peur qu'ils ne coupent les ligatures.

Fig. xi. Gorgeret repouſſoir, deſtiné à remplacer la pince dans l'extraction du fil. Cette figure le repréſente vu en devant. — *a b*. Concavite de l'inſtrument. — *a*. Cul-de-ſac où s'engage la ligature ; ſa grandeur doit être telle que la canule ne puiſſe y pénétrer. — *d*. Bouton adapté à la tige de métal qui gliſſe dans la goutière interne de l'inſtrument ; on peut, en le pouſſant en bas ou en haut, entraîner dans le même ſens la tige, & prendre ainſi ou abandonner la ligature, engagée dans le cul-de-ſac. — *c*. Manche de l'inſtrument recourbé en arrière. — *e*. Extrémité arrondie.

Fig. xii. Le même inſtrument, vu par la face poſtérieure. — *a b*. Extrémité inferieure de la goutière interne où gliſſe la tige de métal, vue après que le recouvrement a été enlevé. — *a*. Orifice interne du cul-de-ſac où s'engage le fil. — *d e*. Extrémité ſupérieure de la goutière. — *d*. Extrémité de la tige de métal, vue dans ſa goutière. — *c*. Manche de l'inſtrument.

Fig. xiii. Recouvrement de l'extrémité inférieure de la goutière *a b* ; on peut, en l'enlevant, démonter la tige & nétoyer l'inſtrument.

MÉMOIRE

SUR les skirrofités du rectum.

§. Ier.

I. Il n'eft pas de portions de conduit inteftinal, qui plus que fes deux extrémités, foient expofées au skirre. Le pilore en haut, en bas le rectum, nous en offrent de fréquens exemples. Le dernier fur-tout en eft très-fouvent affecté, & la pratique de l'Hôtel-Dieu fournit journellement l'occafion d'y obferver cette maladie. Cependant elle paroît avoir très-peu occupé les auteurs. Quelques obfervations ifolées fe remarquent feulement dans leurs ouvrages; rien de méthodique dans fa defcription; rien de complet, prefque rien de judicieux fur fon traitement; expofons ce que Default a ajouté à l'un & l'autre.

§. II.

II. Les skirrofités du rectum fe manifeftent dans tous les âges, attaquent tous les fexes; mais les femmes bien plus que les hommes, s'y trouvent expofées; il feroit difficile fans doute de déterminer la raifon de cette différence, très-réelle cependant, puifque dans le tableau comparatif de ces maladies la proportion a été à peu près de 10 : 1 à l'Hôtel-Dieu. Les perfonnes avancées en âge, y font auffi plus fujettes en

général que les jeunes gens; assez souvent elles paroissent à l'époque de la cessation des règles. Les tempéramens foibles, phlegmatiques, y semblent plus disposés.

III. Cette affection est une suite assez ordinaire des maladies vénériennes, contractées depuis long-temps, & dont le traitement n'a qu'imparfaitement détruit le vice interne. Morgagni qui l'a souvent observée, a rencontré chez la plupart des malades des restes encore existans de ce vice; Desault a fait la même remarque. Les hémorroïdes considérables, sont aussi une fréquente cause de ces skirrosités. Manget rapporte l'histoire d'un homme, qui, opéré par excision de ses hémorroïdes, en fut attaqué au bout de peu de temps. Vasalva cite diverses observations, où, de la même cause, est né le même effet. Il paroît même que l'une & l'autre affection a été souvent confondue, & Morgagni croit que de là vient que la première est encore si peu connue des médecins. Nous avons également vu à l'Hôtel-Dieu celle-ci succéder souvent à la seconde, & probablement en dépendre.

IV. Parmi les causes, peut encore se ranger la métastase sur l'intestin de différens vices cutanés, tels que la gale, la teigne, les dartres, &c. métastase d'autant plus facile, qu'il y a, comme on le sait, un rapport plus direct entre les deux organes. Desault a traité deux femmes, qui ayant imprudemment fait rentrer des dartres, par l'application d'un médicament gras, furent affectées peu de temps après, & sans autre cause apparente, d'un engorgement considérable dans les membranes du rectum. Simon Schultz, raconte qu'un seigneur allemand avoit la peau couverte de pustules qui le tourmentoient plus aux extrémités

inférieures que dans les autres parties. Il éprouvoit outre cela, des douleurs vives au côté gauche de la face & vers la mâchoire inférieure; il avoit refusé de s'assujettir à porter un exutoire. Des purgations prises de temps à autre, diminuoient les accidens; mais bientôt ils revenoient. La maladie de la peau disparut enfin sans cause apparente, & peu à près tous les signes des skirrosités au rectum se manifestèrent. Ajoutez à cela le changement d'un climat chaud à un climat plus froid; les diverses affections de rhumatisme, de goutte, &c. la suppression des évacuations habituelles, de la transpiration, &c. l'abus de lavemens anti-vénériens, &c.; enfin l'action des diverses causes mécaniques qui peuvent, introduites dans l'intestin, l'irriter, donner lieu à son inflammation & par suite à son skirre, & vous aurez le tableau des causes nombreuses & variées de cette affection.

v. Quelles que soient ces causes, la maladie s'annonce par une pesanteur au fondement, par des cuissons plus ou moins prolongées dans le rectum, par des tiraillemens pénibles qui s'y font ressentir. Bientôt les ténesmes & les épreintes s'y joignent; chaque selle devient de plus en plus douloureuse: il survient des envies fréquentes, mais le plus souvent infructueuses, d'aller à la garde-robe. Des tubercules durs, rougeâtres, s'élèvent sur la surface interne du rectum ou même au dehors de cet intestin; ils ne diffèrent des hémoroïdes, dont ils ont l'apparence dans le principe, que par plus de dureté & de douleur; dans leurs progrès plus ou moins rapides, on les voit se produire sous mille formes différentes, être quelquefois à pédicule, d'autres fois à base large, souvent se multiplier tellement que toute la membrane

de l'inteſtin paroît comme skirreuſe. Morgagni, dans l'ouverture d'un ſujet mort de cette maladie, trouva les parois inteſtinales, dures, épaiſſes & parſemées de tumeurs qui avoient le volume & la forme de groſſes fèves, & qui ſembloient être des glandes conglobées. Leur ſurface étoit liſſe, leur ſubſtance ferme & compacte; elles étoient d'autant plus groſſes & plus dures, qu'elles étoient plus voiſines de l'anus.

VI. Situées à l'extérieur, ces tubercules prennent plus de volume dans les efforts pour aller à la ſelle; placés intérieurement, ils ſont alors ſouvent pouſſés au dehors. Cependant ils s'accroiſſent, bouchent en partie le conduit inteſtinal, s'étendent quelquefois à ſix ou ſept pouces au-deſſus de l'anus, dans le rectum, occupent même quelquefois une portion de l'inteſtin colon, dont la cavité s'oblitère en partie, comme l'ont obſervé Corteſius, Haaſius, Wenkerus, de Haen Benevenius. D'autres fois plus ſuperficiels ils forment ſeulement un bourrelet dur & calleux vers l'anus, comme Deſault en a conſigné un exemple dans ſon journal, & comme avant lui, Vaſalva en avoit fait l'obſervation, gênent toujours le paſſage des matières, qui, prenant en les traverſant, la figure dont elles offrent le moule, paroiſſent comme paſſées à la filière, s'enduiſent du pus qui s'en échappe, s'accumulent ſouvent au-deſſus, & dans les efforts pour aller à la ſelle, produiſent quelquefois l'invagination de l'inteſtin; & ſouvent des douleurs telles qu'on a vu à l'Hôtel-Dieu des malades préférer preſque ſe laiſſer mourir de faim pour éloigner ce beſoin de rendre des excrémens.

VII. Si on ne s'oppoſe pas à leur progrès, ces tubercules augmentent, bouchent complétement l'inteſtin, s'ulcèrent enfin, ſe recouvrent de veines variqueuſes, donnent lieu à de fréquentes hemorragies, prennent un caractère cancéreux, occaſionnent des douleurs toujours croiſſantes, ſe propagent ſur les parties voiſines; à cette époque il n'eſt pas rare qu'une crevaſſe ait lieu dans le vagin; par elle s'échappent alors les matières fecales. Deſault a obſervé pluſieurs fois cet accident. Enfin dans les derniers progrès du mal, s'offre le hideux ſpectacle de l'inteſtin, de la veſſie, du vagin, de la matrice & de toutes les parties voiſines, confondues dans une commune ulcération.

§. III.

VIII. Parvenues au dernier période décrit (VII), les skirroſités du rectum ſont toujours au-deſſus des reſſources de l'art qui n'a plus à y oppoſer que d'impuiſſans ſecours. Les praticiens ont même cru preſque généralement qu'il étoit de la nature de la maladie d'arriver à ce période; auſſi n'ont-ils cherché la plupart qu'à éloigner les accidens, ſans eſſayer de les combattre radicalement. De-là la longue ſuite de moyens palliatifs qu'ils ont employés; de-là les huiles, les graiſſes, les mucilages appliqués ſur la partie; les décoctions émollientes priſes en lavemens ou en demi-bains, les calmans de toute eſpèce; les réſolutifs, les eaux minérales, ſulfureuſes ou alumineuſes; l'eau de chaux affoiblie; les térebenthinacés; les opiatacés, &c.; & mille autres variés ſuivant chaque praticien qui les l'employoit. Quelques-uns pour porter ſur le mal

les

les médicamens convenables, ont employé l'usage des tentes; Claudinus les conseille dans cette vue & non comme étant par elles-mêmes un moyen de guérison. Vasalva plaçoit dans l'anus de ses malades, pendant le bain, une canule percée de plusieurs trous, afin que le fluide parvînt plus aisément à l'intestin.

IX. Le petit nombre de praticiens qui a essayé de guérir radicalement les skirrosités du rectum, n'a porté ses vues que sur le vice général des humeurs sans avoir égard au vice local qui est le rétrécissement de l'intestin. Morgagni, dans la persuasion que toutes ces affections tenoient plus ou moins du caractère vérolique, a fait des anti-vénériens, la base de son traitement. Il recommande d'éviter les médicamens purgatifs, qui, irritant l'intestin, ne manqueroient pas d'augmenter l'engorgement. D'autres, pour détourner l'humeur, ont proposé des exutoires sur le sacrum, les cuisses, &c.

X. Il en est qui, confondant les skirrosités avec les hémorroïdes, en ont proposé & même exécuté l'excision; on en trouve des exemples dans Morgagni.

XI. Toutes ces méthodes de traitement sont en général insuffisantes, peu rationnelles, & même dangereuses. 1°. Ceux qui n'ont employé qu'un secours palliatif sont partis d'un principe faux : savoir que la maladie est incurable. Sans doute elle l'est, comme je l'ai dit (VIII), dans son dernier période, lorsque l'état cancéreux est déclaré; mais lorsqu'il n'y a point d'ulcération, que le skirre est commençant, éloigné encore du carcinome, espérez alors la cure radicale par le procédé que nous indiquerons; 2°. ceux qui n'ont cherché cette cure radicale que dans des moyens généraux, n'ont pas réfléchi que le skirre une

fois formé, cède rarement à ces moyens, lesquels doivent être employés sans doute pour détruire préliminairement le vice interne, mais qui, impuissans pour le vice local, doivent nécessairement être associés à des remèdes qui agissent directement sur celui-ci; 3°. nous ne dirons rien de la cure radicale, au moyen de l'excision; comment en effet hasarder cette opération, incertain & de la hauteur où se propage la maladie, dans l'intestin, & de l'épaisseur des parties qu'elle occupe? Ces réflexions n'ont pas échappé à Morgagni, qui rapporte une observation où cette mauvaise pratique a été employée.

XII. L'indication générale consiste ici, 1°. à combattre le vice général; 2°. à traiter, lorsqu'il est détruit, la maladie locale. Les moyens de remplir la première partie de cette indication, varient comme les causes nombreuses que l'on veut combattre par eux. Les anti-vénériens dans certains cas, les remèdes qui portent à la peau dans d'autres, les irritans appliqués à l'extérieur, &c. composent principalement ces moyens qu'il n'est point de mon objet d'examiner ici, parce que, communs à une foule d'affections locales, ils n'ont rien de particulier pour celle-ci. Supposons donc que le vice interne ait été détruit, ou qu'il n'en existe point, comme quand la maladie dépend des irritations produites par les corps extérieurs, des hémorroïdes, &c.

XIII. Or, dans ce cas, il reste encore deux choses à faire au praticien; 1°. rendre à la cavité rétrécie du rectum, son diamètre naturel, faciliter par-là l'issue des matières, & détruire l'irritation & la douleur qui résultent de leur passage; 2°. affaisser les callosités, les fondre, les dissiper, afin que, revenu à son etat

ordinaire, l'inteſtin n'éprouve plus, après le traitement, un rétréciſſement nouveau. Deſault atteignoit ce double but par un moyen unique, par des mèches conſtamment entretenues dans le rectum, & dont le volume étoit chaque jour graduellement augmenté : conſidérons ce moyen ſous le rapport de l'un & l'autre but qu'on ſe propoſe en l'employant.

XIV. La dilatation des conduits rétrécis par une cauſe quelconque, peut s'opérer par des corps de diverſes natures; tantôt l'art les choiſit durs & ſolides; tantôt il les emploie plus moux & plus flexibles. Les premiers préſentent toujours de grands déſavantages; ils fatiguent, irritent, contondent les parties ſur leſquelles on les applique, ſoit par leur peſanteur & leur dureté, ſoit parce que ne pouvant que difficilement ſe mouler aux inflexions du conduit, il le retiennent habituellement dans un état de gêne & de douleur. Auſſi faut-il que cet inconvénient ſoit compenſé par une conſidération majeure pour ne pas y avoir égard : par exemple dans nos ſondes, le déſavantage de la ſolidité eſt effacé par l'avantage du conduit toujours libre qui les pénètre, & qui permet d'évacuer, ſans les deranger, le fluide que contient la veſſie. Or, cet avantage eſt nul ici, car il eſt prouvé que quoiqu'on faſſe uſage de canules d'un grand diamètre, dans les rétréciſſemens du rectum, jamais les matières ne peuvent s'échapper à travers. La membrane interne de l'inteſtin s'invagine dans le tube artificiel & leur forme obſtacle. Les vents même ne ſortent point, & Deſault, qui a quelquefois employé les canules dans la vue de leur donner iſſue, n'en a jamais obtenu aucun bon effet. Il ſuit de-là que les mèches, qui, ſous le rapport de l'évacuation des matières, n'ont

pas plus d'inconvéniens que les canules, & qui, d'un autre côté, souples, flexibles, s'accommodent à tous les replis de l'intestin, n'exercent point sur lui de pression douloureuse, & ne peuvent par-là même, fatiguer le malade, méritent ici, sur tout autre corps dilatant, une préférence marquée. Il est inutile de faire apprécier la nécessité de n'en augmenter que graduellement le volume; par-là la dilatation se fait presque d'une manière insensible, &, si je puis m'exprimer ainsi, sans que les parties s'en apperçoivent. Concluons donc que pour remplir le premier but (XIII) du traitement local des skirrosités du rectum, savoir la dilatation de cet intestin, les mèches telles que les employoit Desault, ont des avantages réels sur tous les autres moyens.

XV. Pour atteindre le second but de ce traitement, ou pour procurer l'affaissement & la disparution des callosités (XIII), ce moyen n'est pas moins avantageux. Ici les auteurs ont multiplié les applications topiques, les fondans, les résolutifs, &c. mais il n'est pas de meilleur fondant qu'une compression méthodiquement exercée sur ces tumeurs skirreuses; l'analogie des autres tumeurs nous le démontreroit quoiqu'ici l'observation ne nous en assureroit pas. C'est par leur présence seule, par leur contact sur les parois engorgées du rectum, que les mèches en procurent le dégorgement, & non par les médicamens dont on les charge; Desault ne les graissoit que de cérat pour faciliter leur introduction. Il semble qu'environné de toute part de tissu cellulaire, l'intestin ne doit que difficilement se prêter à cette compression, & qu'en les dilatant il doit seulement enfoncer dans ce tissu, les skirrosités; mais l'expérience, toujours invariable

arbitre, répond ici le contraire, en nous montrant dans une foule de cas, ces tumeurs disparues complétement au bout de quelque temps de l'emploi de ce moyen.

XVI. Il suit de ce que nous avons dit (XIV & XV) que les mèches graduellement augmentées de volume, remplissent le double but du traitement local des skirrosités du rectum, savoir, 1°. la dilatation du conduit; 2°. l'affaissement & la résolution des tumeurs développés dans ses parois. Desault les employoit dans cette double vue, & les plus heureux effets en ont résulté entre ses mains. Plusieurs faits ont été publiés sur ce point dans le journal; une foule d'autres existent dans ses manuscrits; il seroit inutile de grossir ce mémoire de leur ensemble. Quelques praticiens n'ont point, en employant les mèches, obtenu les succès que sembloient leur promettre ceux de Desault; sans doute que le période trop avancé de la maladie, peut-être le défaut de cet ensemble de soins, si nécessaire en ce cas, en ont été la cause. Qu'espérer en effet lorsqu'au skirre a succédé le carcinome? alors la présence du moindre corps devient insupportable; tenter d'introduire des tentes, seroit téméraire & peu rationnel. Ce ne fut jamais là la pratique de Desault, quoiqu'on le lui ait prêté.

XVII. L'introduction des mèches est toujours simple & facile, ainsi que le traitement qui accompagne leur usage. L'observation suivante offrira les détails de ce traitement, en même temps qu'elle servira à confirmer, par l'expérience, ce que nous avons avancé jusqu'ici.

OBS. I. Reine Collot, âgée de 44 ans, d'un tempérament sanguin-bilieux & d'une assez bonne

conſtitution, éprouva, vers la fin de l'année 1787, des douleurs & des cuiſſons très vives à la marge de l'anus, leſquelles revenoient chaque fois qu'elle ſe préſentoit à la garde-robe. Il parut alors à cette partie, des tubercules durs & douloureux qui s'oppoſoient au libre paſſage des matières. Il ſurvint des épreintes preſque continuelles, & les douleurs devinrent inſupportables, lorſque cette femme faiſoit des efforts pour aller à la ſelle. Pluſieurs médecins & chirurgiens, conſultés tour-à-tour, regardèrent cette maladie comme une ſimple incommodité produite par des hémorroïdes, & crurent qu'elle alloit céder promptement aux remèdes uſités en pareil cas: onguens de toute eſpèce, fomentations, bains, boiſſons, bols ſavoneux, pilules, &c. tout fut employé, & ſans ſuccès, pendant pluſieurs mois conſécutifs. La maladie allant en augmentant, & faiſant même des progrès rapides, bientôt l'iſſue des excrémens devint ſi difficile, que la malade ſe préſentoit juſqu'à vingt fois, avant que de pouvoir en rendre quelques foibles portions. Ils ne ſortoient que moulés dans la forme & de la groſſeur d'un tuyau de plume, & avec des douleurs ſi violentes, que cette femme (qui avoit eu neuf enfans) les jugeoit plus fortes que les douleurs de l'enfantement. Elle ſe laiſſoit preſque mourir de faim, pour éloigner le beſoin d'aller à la garde-robe: auſſi les ſouffrances & l'inanition l'avoient-elles réduite dans un tel état de foibleſſe, qu'elle pouvoit à peine ſe ſoutenir, lorſqu'elle ſe rendit à l'Hôtel-Dieu de Paris, le 15 janvier 1791.

Deſault eſſaya en vain de porter dans le rectum l'extrémité du doigt enduit de cérat. Il ne put même y paſſer une algali de femme, qu'en la déviant

alternativement à droite, à gauche, en tout sens, afin d'éviter les tubercules & les bourrelets durs & douloureux qui remplissoient presque toute la capacité de ce canal, & qui empêchoient d'introduire la sonde en ligne droite.

Cette maladie fut traitée par la compression, que l'on fit au moyen d'une tente de charpie longue, nouée & repliée dans son milieu, enduite de cérat, & portée dans le rectum, à l'aide d'un stylet fourchu. Quoique cette tente n'eût d'abord que la grosseur d'un tuyau de plume, on ne put cependant la faire pénétrer qu'à deux pouces de profondeur. On plaça sur les tubercules extérieurs des compresses épaisses soutenues d'un bandage triangulaire. La malade fut mise à l'usage d'une boisson légèrement diaphorétique, & au ris pour toute nourriture.

Cette femme parut soulagée dès le même jour. Excitée sans doute par l'espèce de suppositoire qu'elle avoit dans le rectum, elle eut le soir une selle copieuse, qui ne lui causa point des douleurs aussi vives qu'elle en éprouvoit ordinairement. Elle fut ensuite repansée, comme la première fois; mais la tente de charpie pénétra plus avant. L'appareil resta jusqu'au lendemain matin. On l'ôta alors pour donner un lavement, & les matières ainsi délayées, sortirent sans causer beaucoup de douleur. On introduisit, avec facilité, une tente plus grosse & plus longue que celle de la veille.

La malade fut pansée deux fois par jour, jusqu'au sixième, en augmentant un peu à chaque pansement la grosseur & la longueur de la tente. Les forces commençoient alors à revenir; les excrémens sortoient sans douleur, à l'aide d'un lavement qu'on faisoit

prendre le matin. L'inteſtin avoit acquis aſſez de capacité pour admettre le doigt. Deſault y reconnut, par-tout où il pouvoit atteindre, des bourrelets calleux très-ſenſibles & très-durs à leur baſe, mais moins vers leur bord libre, qui avoit ſans doute été amolli par la compreſſion que la tente y avoit exercée. Dans la ſuite, on ne changea plus l'appareil qu'une fois en vingt-quatre heures. Les tentes, augmentées graduellement, eurent bientôt acquis une groſſeur conſidérable. La malade n'en étoit nullement incommodée; ſa ſanté & ſes forces ſe rétabliſſoient de jour en jour.

Le vingt-cinquième, Deſault examina de nouveau l'état de l'inteſtin; & au lieu des tubercules & des bourrelets durs & douloureux qu'il avoit rencontrés d'abord, il ne trouva plus que des replis mollaſſes, affaiſſés, & qui n'étoient plus douloureux au toucher. Les tubercules placés à la marge de l'anus étoient ſi affaiſſés, qu'on n'en appercevoit preſque plus les veſtiges. On continua cependant l'uſage des tentes, dont on augménta encore le volume, au point que le trente-cinquième jour, elles avoient un pouce de diamètre.

Le quarante-cinquième, on apprit à cette femme à s'introduire ces tentes, afin que s'en ſervant de temps en temps, elle fût en état de prévenir, par la ſuite, le retour de la maladie. Elle ſe panſa elle-même, pendant dix-huit à vingt jours, qu'on la retint encore dans l'hôpital, afin de mieux conſtater ſa guériſon. Elle ſortit enfin, pour reprendre les travaux de la campagne, le ſoixante-ſeptième jour de ſon entrée à l'Hôtel-Dieu, & vingt-ſix mois après le commencement de ſa maladie.

XVIII. L'obſervation précédente offre le tableau du traitement des skirroſités dans les cas ordinaires, dans ceux de ſimple rétréciſſement à l'inteſtin; mais lorſqu'à ce rétréciſſement ſe joint une ouverture dans le vagin, on ſent qu'elle difficulté doit en naître. Or, ce cas ne paroît pas toujours au-deſſus des reſſources de l'art, en employant le moyen que nous propoſons. L'obſervation ſuivante prouvera cette aſſertion, ſur laquelle nous n'avons pas ſans doute aſſez de données pour établir des principes généraux, mais que cependant on peut mettre en avant avec aſſurance.

OBS. II. Louiſe Grandner, âgée de 46 ans, avoit été traitée, à l'âge de 20 ans, d'une maladie vénérienne. Des périoſtoſes, ſurvenues quelque temps après ſur différentes parties du crâne, s'étoient terminées par des dépôts. Il s'étoit manifeſté enſuite d'autres ſymptômes, & cette femme avoit traîné, pendant pluſieurs années, une vie languiſſante. Sa ſanté s'étoit enfin un peu rétablie, & ſa vie avoit été aſſez tranquille juſqu'au commencement de l'année 1787.

A cette époque, elle reſſentit une chaleur cuiſante dans le rectum, & bientôt après, des douleurs qui devinrent ſi vives, lorſqu'elle alloit à la garde-robe, qu'elle avoit des mouvemens convulſifs. La difficulté de rendre les excrémens augmenta tous les jours, & bientôt ils ne ſortirent plus que par une eſpèce de filière, & mêlés de pus. On lui conſeilla alors un nouveau traitement anti-vénérien, qu'elle ſubit complétement dans l'hôpital de Bicêtre, & dont elle ne retira aucun avantage.

Quelque temps après, en faiſant des efforts violens pour pouſſer les matières au-dehors, elle s'apperçut

qu'elles ſortoient par le vagin. Depuis ce moment, les vents & les excrémens ſuivirent toujours cette nouvelle route ; & les derniers, ſur-tout lorſqu'ils étoient liquides, couloient par-là preſque continuellement, & ſans que la malade s'en apperçût. C'eſt dans cet état qu'elle vint à l'Hôtel-Dieu, le 10 ſeptembre 1790.

Deſault ayant introduit, avec beaucoup de difficulté, le doigt indicateur dans le rectum, rencontra, à deux pouces au-deſſus de la marge de l'anus, un bourrelet dur & calleux qui fermoit l'inteſtin. Parvenu à le dilater peu à peu, il le franchit, & trouva au-deſſus de ſa partie antérieure, l'ouverture par laquelle les excrémens paſſoient dans le vagin : elle avoit environ un pouce de diamètre, & ſes bords étoient durs & calleux.

On plaça d'abord dans le vagin un gros tampon un peu conique, qu'on enduiſit de cérat, & dont la baſe fut tournée en haut, afin qu'il gliſsât moins, & que le canal de l'urètre ne fût pas comprimé. On introduiſit enſuite dans le rectum une tente dont le bout fut porté au-delà du bourrelet skirreux. On preſcrivit d'ailleurs une tiſane ſudorifique, à chaque pinte de laquelle on ajoutoit ſix grains d'alkali minéral, & l'on fit prendre, le matin & le ſoir, une pilule, compoſée d'un grain de calomélas & d'autant de ſoufre doré d'antimoine, dans une conſerve appropriée.

Dès les premiers jours de ce traitement, les matières ceſsèrent de paſſer par le vagin. Les tentes devinrent bientôt plus faciles à introduire dans l'inteſtin ; on les augmenta par degrés, & les excrémens n'éprouvèrent plus de difficulté à ſortir par l'anus. Le vingt-

cinquième jour, on ne retrouva plus le bourrelet skirreux que la compression avoit déjà affaissé. Le trou communiquant dans le vagin étoit diminué, & ses bords s'étoient amincis.

Il existoit encore des callosités qu'on sentoit avec le bout du doigt, & qui s'étendoient beaucoup au-delà de sa portée, autant qu'on en pouvoit juger par la difficulté d'y faire passer les tentes. Ces callosités n'étoient pas encore entièrement détruites, lorsque la malade, ne souffrant plus & se croyant tout-à-fait guérie, sortit de l'hôpital. Elle ne tarda pas à s'en repentir; car deux mois après, les douleurs reparurent. Cette femme se rendit alors dans un autre hôpital, où elle fut traitée, pendant trois semaines, par des remèdes internes. Elle revint ensuite à l'Hôtel-Dieu, avec les mêmes accidens qui l'y avoient conduite la première fois.

On recommença le traitement, qui eut tout le succès qu'on s'en promettoit. Au bout de deux mois, il ne restoit plus de callosités dans l'intestin; l'ouverture fistuleuse du vagin avoit à peine trois lignes de diamètre, & l'on pouvoit espérer que le traitement, continué quelque temps, la feroit disparoître; mais, encore cette fois, la femme n'attendit point que la fistule fût fermée pour sortir de l'hôpital. On lui recommanda l'usage des tentes qu'elle savoit s'introduire elle-même.

REMARQUES

ET

OBSERVATIONS

Sur diverſes maladies des parties génitales.

SUR LA CURE RADICALE DE L'HYDROCÈLE CONGÉNITALE.

L'hydrocèle congénitale, ignorée des anciens, n'eſt connue que depuis quelque temps des modernes. Nous en devons l'hiſtoire à Viguerie, chirurgien de Toulouſe, qui, dans un mémoire préſenté à l'académie, en a tracé les ſignes & décrit le traitement; je ne rappellerai pas les premiers; mais il eſt néceſſaire d'expoſer le ſecond, pour concevoir ce que Deſault y a ajouté.

On ſait que ce qui caractériſe ſpécialement cette eſpèce d'hydrocèle, eſt la communication de l'eau contenue dans la tunique vaginale, avec la ſéroſité du bas-ventre, communication qui réſulte de la non-oblitération de la gaîne fournie au cordon par le péritoine, & qui, permettant au fluide épanché de monter & de deſcendre alternativement, entretient la dilatation de l'anneau, l'empêche de ſe reſſerrer en même temps que par la préſence du fluide, la réunion des

parois de la gaîne, ſe trouve auſſi empéchée. Si donc on intercepte cette communication, après avoir préliminairement fait rentrer l'eau dans le bas-ventre, on pourra eſpérer le double avantage du reſſerrement de l'anneau & de l'oblitération de la gaîne du cordon. C'eſt le but que ſe propoſe Viguerie, qui conſeille, 1°. d'exercer ſur la tumeur une compreſſion méthodique qui faſſe remonter le fluide, deſcendu dans la tunique vaginale; 2°. de le retenir dans le bas-ventre, & de l'empêcher de deſcendre de nouveau, au moyen d'un brayer dont la pelotte portant exactement ſur l'anneau, y ſoit habituellement & conſtamment entretenue, juſqu'à ce que la nature ait rempli le double but auquel viſe l'art. Pluſieurs obſervations de l'auteur appuyent cette méthode ſur des ſuccès marqués, & Sabarier a été lui-même le témoin de ces ſuccès. Deſault a voulu auſſi entreprendre, par ce moyen, la cure radicale; mais il n'a pas été auſſi heureux. Quelque exacte qu'ait été l'application du bandage, le moindre effort ſuffiſoit pour faire reparoître la tumeur, par la chute du fluide dans le ſcrotum, & après l'uſage longuement continué de la compreſſion, nulle apparence d'oblitération ne s'eſt remarquée. L'inſuffiſance de ces efforts l'engagèrent à employer un procédé plus sûr dans ſes réſultats, plus prompt dans ſon exécution, & dont pluſieurs obſervations aſſurent l'efficacité.

Ce procédé conſiſte 1°. à faire deſcendre le plus poſſible de fluide dans la tunique vaginale, pour en diſtendre les parois & faciliter par-là leur perforation; 2°. à pratiquer avec le trois-quarts, une ponction à la tumeur dans le lieu ordinaire, c'eſt à-dire à la partie antérieure & inférieure du ſcrotum, & à donner ainſi

issue à toute la collection aqueuse; 3°. à s'assurer si, comme il arrive souvent, une portion d'intestin n'est point descendue dans la poche, & à en faire la réduction au cas que cela soit arrivé ; 4°. à faire exercer par un aide une forte compression sur l'arcade crurale, au moyen d'une pelotte qui intercepte toute communication entre la cavité abdominale & celle de la tunique vaginale ; 5°. à pousser ensuite à deux reprises dans cette dernière cavité une injection de vin rouge, qu'on laisse séjourner & qu'on évacue ensuite comme dans l'opération ordinaire de l'hydrocèle par l'injection; 6°. lorsque le vin est bien sorti, l'aide cesse la compression ; le chirurgien retire la canule, & le scrotum est enveloppé de compresses trempées dans le vin qui a servi à l'injection ; 7°. la compression exercée par l'aide, est remplacée par celle d'un brayer qu'on applique sur l'anneau, dans la double vue d'empêcher les intestins de descendre dans la poche irritée par l'injection, & de prévenir le passage dans le bas-ventre, du peu de vin qui pourroit y être resté.

L'irritation déterminée par la présence instantanée du fluide étranger, sur la face interne de la gaîne du cordon & de la tunique vaginale, y attire bientôt une inflammation d'où naît l'adhérence & l'oblitération de l'une & l'autre cavites, & par-là même la cure radicale, non-seulement de l'hydrocèle, mais même quelquefois de la hernie qui, le plus souvent, la complique.

Cette méthode a, sur la précédente, l'avantage d'être plus sûre, plus prompte, de n'exposer jamais à voir renaître la tumeur, & d'être toujours praticable. On pourroit craindre peut-être que l'inflammation, nécessaire ici à l'oblitération, ne se propageât

jusques sur les viscères de l'abdomen par la continuité du péritoine avec la gaîne du cordon ; mais l'expérience n'a jamais réalisé cette crainte, à l'abri de laquelle est toujours le praticien, en prenant garde que la compression exercée sur l'anneau soit très-exacte, pendant qu'il pousse l'injection, afin qu'aucune portion du fluide ne pénètre dans le bas-ventre, en ayant l'attention de lui donner exactement issue, de ne rien laisser dans le sac, avant que de retirer la canule, & de placer ensuite un bandage comme il a eté dit.

OBS. I. Alexandre Mourot, âgé de 9 ans, portoit au scrotum, depuis sa naissance, une tumeur fluctuante, demi-transparente, sans douleur, du volume d'un gros œuf, que la compression & la situation horizontale faisoient disparoître, & dont plusieurs personnes de l'art n'avoient pu reconnoître la nature.

Appelé auprès du malade, Desault, que des signes si évidens ne pouvoient laisser incertain sur l'existence d'une hydrocèle congénitale, proposa l'opération décrite ci-dessus. Il fit d'abord une ponction préliminaire à la tumeur, & donna issue par elle à une quantité de fluide beaucoup plus considérable que la poche ne sembloit en contenir; l'eau étant évacuée, il examina l'état des parties, & s'apperçut qu'une petite portion d'intestin étoit descendue; il la fit rentrer, & libre alors de toute crainte de ce côté, il fit exercer la compression à l'aîne, afin d'empêcher l'injection de remonter, poussa du vin tiède à deux reprises, le fit ressortir comme dans les cas d'hydrocèle ordinaire; & substitua ensuite à la compression exercée par l'aide celle d'un bandage pour les raisons exposées ci-dessus.

Les douleurs, aſſez vives pendant l'opération, ſe calmèrent peu à peu. Un gonflement léger, ſurvenu le lendemain au ſcrotum, augmenta le troiſième jour, diminua enſuite & diſparut le cinquième. On fit alors touſſer le malade pour voir ſi, comme à l'ordinaire, l'hydrocèle reparoîtroit; une petite tumeur ſe forma à l'anneau, mais ſans fluctuation & ne dépaſſant pas le pubis; c'étoit l'inteſtin qui ſe préſentoit dans une hernie inguinale ſimple. Reſté long-temps ſans bandage, le malade n'a revu aucune trace de ſa tumeur au ſcrotum; la tunique vaginale ayant été oblitérée ſans doute par l'injection, & d'une double affection, il n'a conſervé que la moins incommode.

SUR LA CURE RADICALE DE L'HYDROCÈLE, COMPLIQUÉE D'ENGORGEMENT AU TESTICULE.

Un des préceptes les plus recommandés dans l'opération de l'hydrocèle par la méthode de l'injection, c'eſt d'examiner avec ſoin l'état du teſticule, après qu'on a donné iſſue par la ponction, au fluide épanché, afin de ſe borner à ce traitement palliatif, ſi l'on reconnoît quelque engorgement dans cet organe. La crainte d'augmenter cet engorgement, par l'irritation que produit la liqueur injectée, a donné lieu à ce précepte preſque univerſellement adopté dans la pratique.

Mais il paroît qu'on en a trop généraliſé l'application, & que beaucoup de cas préſentent une indication contraire. Pluſieurs obſervations l'ont prouvé à Desault qui, en employant l'injection, eſt parvenu en même temps, & à guérir radicalement l'hydrocèle, & à procurer la réſolution de l'engorgement

du

du testicule, comme on le verra dans les observations suivantes, recueillies par Larbaud.

OBS. II. François Moisseron, entra le 21 septembre 1793, au grand Hospice d'Humanité, pour y être traité d'une hydrocèle de la tunique vaginale, compliquée d'engorgement au testicule. Aucune cause ne paroissoit avoir donné lieu à cette double affection dont les progrès lents & peu sensibles n'offrirent rien de particulier; mais qui, vu la quantité du fluide épanché, présentoit l'indication pressante de lui donner issue.

Desault, avant de faire la ponction, prépara le malade comme pour l'opération par l'injection, espérant la pratiquer en effet, si le testicule engorgé paroissoit susceptible de résolution. Un régime exact, l'eau-de-veau prise en abondance, quelques grains de tartre stibié, donnés pour entretenir la liberté du ventre, tels furent les moyens employés pendant cinq à six jours, au bout desquels le malade fut amené à l'amphithéâtre pour y être opéré.

Après la ponction préliminaire & l'évacuation de tout le fluide renfermé dans la tunique vaginale, l'état du testicule fut examiné. Son volume étoit beaucoup augmenté; mais il étoit mou, cédoit sous les doigts qui le comprimoient, & ne paroissoit présenter aucun des caractères du skirre. Cette circonstance décida Desault à continuer l'opération, en poussant deux fois dans la tunique vaginale, une injection de vin tiède qui, chaque fois, y resta trois minutes. On couvrit ensuite le scrotum de compresses trempées dans le vin, & le malade qui, pendant l'opération, avoit souffert des douleurs aiguës, fut reporté dans son lit.

Le gonflement du testicule augmenta le lendemain. Il y survint de la douleur & de l'inflammation. Des cataplasmes émolliens furent substitués aux compresses. On prescrivit une diète exacte. Les progrès du gonflement & de l'inflammation furent sensibles, les quatre jours suivans ; mais ils commencèrent à diminuer le cinquième. On permit alors de légers alimens au malade. Les accidens diminuèrent peu à peu du sixième au douzième jour, époque à laquelle le testicule étoit déjà moins gros qu'avant l'opération. Le vingt-troisième il se trouvoit presque à son volume naturel. Enfin le malade sortit de l'Hôtel-Dieu, parfaitement guéri, & de son hydrocèle, & de l'engorgement du testicule, le 10 décembre, un mois & demi après l'opération.

OBS. III. J. B. Mandieu, sommelier, natif de Saint ***, département du Calvados, fut attaqué, dans le mois de février 1793, d une douleur au testicule droit. Un engorgement y survint peu de jours après ; ses progrès rapides forcèrent bientôt le malade à venir à l'Hôtel-Dieu, où le repos & l'application des émolliens firent disparoître cet accident. Revenu chez lui il éprouva, dans le mois d'août, un nouvel engorgement, qu'accompagnoit cette fois une fluctuation manifeste ; & dont la marche plus lente le laissa vaquer pendant un mois à ses travaux. Il revint au bout de ce temps, à l'Hôtel-Dieu, & Desault reconnut d'abord en l'examinant une hydrocèle considérable.

L'indication étoit, comme dans l'observation précédente, de faire la ponction, d'examiner le testicule, & de pratiquer ensuite l'injection, si l'engorgement étoit de nature à se résoudre. C'est à quoi Desault se

détermina. L'opération pratiquée comme dans le cas précédent, offrit les mêmes phénomènes, & eut les mêmes résultats. Le testicule d'abord gonflé plus qu'avant l'opération, diminua peu à peu de volume, & fut réduit le trente-cinquième jour, à sa grosseur naturelle.

Nous pourrions ajouter à ces observations, plusieurs autres cas où le même procédé a été employé avec un égal avantage. Desault citoit entre autres, dans ses leçons, l'exemple d'un orfèvre, chez lequel une double hydrocèle étoit compliquée d'un double engorgement, & qui, de cette manière, fut guéri en peu de jours.

Il suit de-là que le précepte, si généralement donné de s'abstenir de l'opération dans le cas qui nous occupe, doit être modifié en plusieurs circonstances. La raison nous le diroit, quand l'expérience de Desault ne nous en assureroit pas. En effet, le testicule est sujet à diverses espèces d'engorgement, qui, essentiellement distincts dans leur nature, exigent des traitemens aussi très-différens. Sans doute il seroit imprudent d'aller, lorsque l'état skirreux est à son dernier période, ajouter à l'irritation déjà existante, celle du contact d'un fluide étranger. Le passage à l'état cancéreux en seroit vraisemblablement le résultat. Mais lorsque le skirre au testicule commence, qu'il est à son premier degré, tous les praticiens donnent le précepte d'essayer d'en obtenir la disparution par les résolutifs placés sur le scrotum. Or, l'effet de ces résolutifs sera bien plus efficace, si, au lieu de ne les appliquer sur le testicule qu'à travers les tégumens, on les applique immédiatement sur sa surface; c'est ce qu'on fait ici en poussant le vin dans la tunique vaginale. Ce qui s'observe à la suite de l'injection,

prouve évidemment que le fluide injecté agit comme résolutif. En effet, comme dans les engorgemens que ces remèdes font disparoître, on voit ici l'organe engorgé augmenter d'abord de volume pendant quelques jours; mais bientôt cette tuméfaction nouvelle venant à se résoudre, semble entraîner avec elle la résolution de l'engorgement primitif.

On peut donc établir en principe, que les engorgemens du testicule qui commencent, & dans lesquels cet organe n'a point encore pris ce degré de pesanteur essentiellement caractéristique du skitre très-prononcé, loin d'être un obstacle à l'opération de l'hydrocèle par l'injection, en présentent au contraire la manifeste indication, pour guérir en même temps & la maladie de la tunique vaginale, & celle du testicule.

L'engorgement skirreux du testicule n'est pas le seul qui puisse compliquer l'hydrocèle; il est une autre espèce d'engorgement étranger à celui-ci, qui dépend essentiellement du relâchement de cet organe, & dans lequel sa substance, en augmentant de volume, devient molle, lâche, & s'étend, pour ainsi dire, par engouement, état que le tact indique facilement après avoir évacué l'eau contenue dans la poche de la tunique vaginale. Or, encore ici, ranimer par les toniques, le ressort affoibli de la partie, est l'indication qui se présente. Mais comment les toniques pourront-ils plus efficacement agir qu'en les appliquant immédiatement comme on le fait par l'injection? Nos remèdes auroient un effet plus sûr, si nous avions toujours, comme ici, la facilité de les appliquer sans l'intermède d'autres corps, sur celui où nous voulons produire quelques changemens.

SUR L'OPÉRATION DU SARCOCÈLE.

Desault n'a rien ajouté de bien important à l'opération du sarcocèle; cependant ici, comme dans toutes les autres opérations, sa pratique porte l'empreinte de ce génie chirurgical qui sait s'approprier, en le modifiant, jusqu'au moindre détail, qui jette sur tout ce qu'il touche, le vernis qui lui est propre, & qui semble créer, en répétant ce qu'a fait autrui; c'est donc en présentant, pour ainsi dire, ici, sa pratique mise en action, qu'il faut en donner une idée; c'est le but que je me propose dans les deux observations suivantes, extraites du journal de chirurgie, & dont l'une offrira les détails opératoires dans le cas le plus simple du skirre au testicule, tandis que l'autre nous les présentera dans la complication la plus essentielle & que nous avons le plus fréquemment occasion de rencontrer, dans l'engorgement du cordon.

OBS. IV, (1). Jean Gautier, après avoir joui d'une bonne santé, jusqu'à l'âge de 41 ans, fut attaqué subitement, le 18 septembre 1788, d'un engorgement très-douloureux au testicule droit, sans qu'il pût soupçonner la cause de cet accident. La douleur se calma au bout de quelques jours, après l'usage des remèdes généraux; mais le volume de la partie affectée resta le même, & bientôt le testicule s'endurcit & devint skirreux. Les choses restèrent dans cet état, pendant six à sept mois, sans que Gautier fût incommodé autrement que par le poids de la tumeur. Des douleurs lancinantes & l'accroissement rapide du

(1) Recueillie par Plaignaud.

volume du testicule déterminèrent enfin cet homme à se présenter à l'Hôtel-Dieu, où il fut reçu le 10 octobre 1789, un an après le commencement de sa maladie.

La tumeur avoit alors le volume & la forme d'un œuf d'oie; elle étoit très-dure, peu sensible au toucher; la peau qui la recouvroit ne participoit aucunement à l'affection du testicule, non plus que le cordon des vaisseaux spermatiques. Le sujet d'ailleurs paroissoit bien constitué; tout enfin sembloit promettre une heureuse issue à l'opération, que les progrès accélérés de la tumeur & le rapprochement des douleurs lancinantes rendoient indispensable. Dans la vue d'assurer encore davantage le succès, on employa les premières semaines à préparer le malade par les remèdes généraux, & sur-tout à le rassurer contre la crainte des dangers de l'ampuration du testicule, craintes qu'il s'exagéroit. Desault l'opéra enfin au bout d'un mois, lorsqu'il le vit disposé convenablement, & dans la situation d'esprit qu'il desiroit.

1°. Le malade étant couché sur le dos, les cuisses & les jambes étendues, le chirurgien forma à la peau, un peu au-dessous de l'anneau, & perpendiculairement à la direction du cordon, un pli dont il fit tenir une extrémité par un aide, pendant qu'il tenoit l'autre lui-même.

2°. Portant le talon du bistouri sur le milieu de ce pli, il l'incisa en sciant, jusqu'à sa base. Puis soulevant la peau du scrotum, en saisissant avec les doigts la partie inférieure de l'un des bords de la plaie, tandis que l'aide en faisoit autant de l'autre côté, il prolongea cette incision jusqu'à la partie postérieure du scrotum & de la tumeur, dont il dégagea ensuite les parties latérales.

3°. Avant que d'en achever la dissection, il isola le cordon, qu'il trouva sain dans sa totalité, & le coupa le plus bas possible, en glissant derrière lui le tranchant du bistouri, tandis qu'il le soulevoit de la main gauche, en tenant sa partie supérieure entre le pouce & le doigt indicateur.

4°. Après cette section, & sans abandonner le cordon, il saisit l'une après l'autre, avec des pinces à disséquer, les extrémités des artères spermatiques, dont un aide fit la ligature immediate, avec un fil ciré double.

5°. Il abandonna ensuite le cordon & acheva de séparer la tumeur, en la disséquant de haut en bas, tenant le tranchant du bistouri tourné vers le testicule; ce qui se fit alors sans douleur, puisqu'il ne restoit à diviser que les branches de nerfs dont on avoit déjà coupé le tronc dans la section du cordon.

6°. Afin de n'être pas incommodé par le sang, pendant l'opération, on avoit eu soin de lier les petites artères, à mesure qu'on les divisoit, de sorte que lorsqu'on eut acheve, la plaie se trouva presque à sec. On avoit aussi conservé toute la peau du scrotum, parce que, comme on l'a remarqué plus haut, elle étoit parfaitement saine, & que le volume du testicule n'étoit pas assez grand pour lui avoir fait éprouver une distension bien considérable. On n'avoit donc à guérir qu'une plaie simple, dont on crut pouvoir tenter la réunion, sans inconvénient.

7°. En conséquence on rapprocha les bords de cette plaie, qui furent maintenus en contact par un coussin de charpie placé de chaque côté, & par d'autre charpie mise sur la plaie elle-même: quelques

compreſſes longuettes, ſoutenues par un bandage en double T, composèrent le reſte de l'appareil.

Le malade ne ſouffrit point pendant les deux premiers jours. On le tenoit à une diète ſévère & à l'uſage d'une boiſſon délayante, aiguiſée par l'oximel. La fièvre parut le troiſième jour, elle augmenta un peu les deux ſuivans, ſans ceſſer d'être modérée. La plaie ne paroiſſoit pas alors diſpoſée à ſe réunir; cependant la ſuppuration n'exiſtoit pas encore; elle ne fut même bien établie que le ſeptième jour.

Les dix jours ſuivans n'offrirent rien de particulier; l'état de la plaie ſembloit même annoncer une cicatriſation prompte. Mais, vers le vingtième, la ſuppuration des bords, qui juſqu'alors avoit été modérée, devint extrêmemenr abondante; les lambeaux du ſcrotum s'amincirent & ſe replièrent en dedans en ſe roulant ſur eux-mêmes, malgré le ſoin avec lequel on faiſoit le panſement. Depuis ce moment, les forces du malade diminuèrent tous les jours; les inquiétudes s'emparèrent de ſon eſprit; peu de temps après un dévoiement colliquatif, qui réſiſta à tous les remèdes, vint achever de l'épuiſer, & cet homme ſuccomba le quarante-cinquième jour après l'opération.

Les recherches les plus exactes ne firent découvrir rien d'extraordinaire dans le cadavre. Le cordon, en particulier, ſe trouva ſain dans toute ſon étendue.

OBS. V, (1). Joſeph Lenoir, âgé de 37 ans, & d'une foible conſtitution, vint à l'Hôtel-Dieu le 25 avril 1792, avec un ſarcocèle beaucoup plus conſidérable que les précédens. Le teſticule droit étoit auſſi gros que les deux poings. Le cordon engorgé

(1) Recueillie par Cagnion.

jufqu'auprès de l'anneau, avoit deux fois plus de volume que dans l'état naturel. Cette maffe très-dure & peu doulouteufe au toucher, occupoit tout le fcrotum & repouffoit le tefticule gauche vers l'aîne; la peau des bourfes étoit faine & fans adhérences. Le malade éprouvoit prefque continuellement une douleur vive qui répondoit à la partie inférieure du cordon & fe prolongeoit dans le bas-ventre, jufqu'à la région du rein, lorfque la tumeur n'étoit pas relevée & foutenue affez exactement. Il fentoit auffi, par intervalles, des douleurs lancinantes dans le tefticule.

Cette maladie étoit déjà ancienne. Deux ans auparavant, Lenoir s'étoit froiffé le tefticule, dans un effort violent; &, quoique la douleur fe fût diffipée d'elle-même au bout de quelques jours, il étoit toujours refté un gonflement auquel cet homme n'avoit fait qu'une légère attention. Les progrès de la tumeur avoient d'abord été trop lents, pour l'inquiéter beaucoup; mais les douleurs furvenues dans les derniers temps & l'accroiffement rapide de la maladie, l'avoient enfin forcé de rechercher les fecours de l'art, qu'il avoit rejetés jufqu'alors.

A cette époque, il ne reftoit plus d'autre reffource que l'opération, qui devenoit même d'autant plus preffante, que dans l'état où fe trouvoient les chofes, on devoit craindre que la maladie ne fe propageât bientôt dans l'intérieur du bas-ventre. Auffi, n'attendit-on qu'autant de temps qu'il en fallut, pour déterminer le malade & le préparer par le repos, un régime tempérant, l'ufage des boiffons délayantes, & quelques purgatifs légers.

Cette opération n'étoit pas fans difficultés, furtout à caufe de l'étendue de l'engorgement du cordon.

Cet engorgement, comme on l'a dit, se prolongeoit jusqu'à l'anneau, & l'on devoit juger que la partie saine du cordon, répondante à cette ouverture, avoit été placée profondément dans l'intérieur du bas-ventre, avant qu'elle fût entraînée en bas par le poids extraordinaire du testicule, & qu'elle se rétracteroit beaucoup au-dessus de l'anneau, dès que ce même poids cesseroit d'agir sur elle.

Après avoir prévu tout ce qui pourroit arriver, Desault commença l'opération, comme dans le cas de l'observation précédente, en incisant la peau & le tissu cellulaire, sur le cordon, depuis l'anneau jusqu'aux bourses, & en divisant le scrotum par deux sections semi-lunaires, qui laissassent entre elles toute la peau superflue qu'il falloit exciser. Il sépara alors du scrotum les parties latérales du testicule, dont il disséqua la partie postérieure, en procédant de bas en haut, & en dirigeant toujours le tranchant du bistouri contre la tumeur. Après avoir de même isolé le cordon, en continuant la dissection jusqu'à l'anneau, le chirurgien le tira en bas, avec précaution & sans effort, jusqu'à ce qu'il pût en saisir la portion saine entre le pouce & le doigt indicateur de la main gauche. Alors il acheva de séparer la tumeur, en coupant le cordon au-dessus de l'engorgement & près de ses doigts. Il pinça ensuite lui-même les vaisseaux spermatiques & les fit lier par un aide, avant que de quitter l'extrémité du cordon qu'il retenoit au dehors. On vit bientôt combien ces précautions avoient été nécessaires; car le cordon ne fut pas plutôt abandonné à lui-même, qu'il se retira dans le bas-ventre. L'opération se trouvoit ainsi terminée heureusement & sans que le malade eût perdu de sang, parce que l'on

avoit lié toutes les artères, à mesure qu'elles paroissoient, comme Desault le pratiquoit dans toutes les opérations.

La tumeur que l'on venoit d'emporter ne présenta à l'examen qu'une masse uniforme, semblable à du lard rance, & dans laquelle on ne reconnoissoit aucune trace d'organisation. Sa consistance en quelques endroits étoit celle des cartilages des jeunes animaux. Vers l'endroit qui répondoit à l'insertion du cordon, on trouva plusieurs points rouges, dans le centre desquels séjournoient quelques gouttes d'un fluide sanieux. Le cordon n'avoit pas autant de consistance que la tumeur principale; mais il étoit déjà décomposé à sa partie inférieure, & sans doute, il n'eût pas tardé à devenir ce qu'étoit le testicule.

Le malade s'endormit peu d'heures après l'opération, & passa presque toute la journée & la plus grande partie de la nuit suivante dans le sommeil le plus calme.

La plaie suivit la marche ordinaire, jusqu'au onzième jour. A cette époque, il survint un mal-aise général, des maux de tête, des frissons & de la fièvre. Le malade alloit difficilement à la selle; il avoit la bouche amère, & la langue enduite d'un limon jaune & épais. Les bords de la plaie étoient d'un rouge obscur & fournissoient une suppuration peu abondante, fluide, décolorée & de mauvaise odeur. La fièvre cessa le lendemain, après des évacuations déterminées par une livre d'eau-de-veau émétisée. Les autres accidens diminuèrent en même temps. La cicatrisation fut achevée le trente-deuxième jour.

MÉMOIRE

SUR l'opération de la taille, ſuivant le procédé corrigé d'Haukins.

§. Ier.

1. L'opération de la taille, eſt comme toutes les autres, un champ où chacun veut ſemer, & où peu de perſonnes recueillent, que tous croient pouvoir agrandir, & que preſque tous rétreciſſent, qui eſt immenſe à parcourir pour l'homme érudit, mais qui ſe réduit, pour le praticien, à un petit eſpace. On y trouve, au milieu d'une foule de procédés, que l'opinion enſevelit en naiſſant dans les livres de leurs auteurs, quelques procédés heureux que le génie enfanta, que l'expérience a conſacrés, & qui ont ſurvécu à la ruine des autres. Dans la méthode du grand appareil latéraliſé, ces procédés ſont ſur-tout ceux de frère Come & d'Haukins, aujourd'hui les plus généralement adoptés en France, identiques dans leurs effets, mais différens dans leur action, intéreſſans l'un de dehors en dedans, l'autre de dedans en dehors le col de la veſſie & la proſtate, mêlés chacun d'avantages & d'inconvéniens, aſſez indifféremment employés par Deſault, qui, cependant accordoit au ſecond une eſpèce de prédilection fondée ſur les nombreuſes & utiles corrections par leſquelles il ſe l'étoit preſque approprié. Faire connoître ces

corrections, indiquer le procédé opératoire, au moyen de l'instrument ainsi corrigé & perfectionné, tel est le but de ce mémoire.

§. II. *De l'instrument primitif d'Haukins, & de la manière de s'en servir.*

II. Les procédés nombreux qui composent l'appareil latéralisé, ne diffèrent, comme on sait, que par l'instrument destiné à l'incision du col de la vessie & de la prostate. Haukins voulant d'un côté diminuer le nombre des instrumens nécessaires à l'opération, éviter de l'autre la lésion de l'intestin, imagina de faire cette incision au moyen du conducteur qui sert à diriger les tenettes dans la vessie, & qu'à cet effet, il rendit tranchant du côté droit. L'instrument dont il faisoit usage, gravé (*Fig. 1*), est un véritable gorgeret convexe d'un côté, concave du côté opposé, long de cinq pouces & demi de (*B*) en (*d*), de trois pouces de (*B*) en (*f*), chez les sujets adultes de grandeur ordinaire, large d'un pouce à sa base où se réunit le manche, allant en se rétrécissant vers sa pointe, où il n'a plus que le tiers de son diamètre primitif, terminé, par un stylet (*c d*), saillant au-delà de cette extrémité tranchant dans presque toute la longueur du côté (*c e*), mousse & obtus de l'autre, surmontant un manche (*B f*) applati, courbé à angle avec le corps & présentant une direction oblique très-différente de la sienne.

III. Pour se servir de cet instrument, le malade est assujetti & contenu comme dans toutes les autres méthodes de tailler. L'urètre est préliminairement incisé dans l'étendue d'un demi-pouce au-delà du

bulbe & ſur le cathéter introduit dans la veſſie, comme dans tous les autres procédés de la méthode du grand appareil latéraliſé. Cette inciſion étant achevée, 1°. le biſtouri qui a été employé à la faire eſt ramené vers l'angle ſupérieur de la plaie, & ſert de conducteur au ſtylet du gorgeret juſque dans la crénelure du cathéter; 2°. lorſque celui ci y eſt arrivé, le biſtouri eſt retiré; le chirurgien ſaiſit le manche du cathéter incliné à gauche, le ramène vers le pubis, de manière à lui faire faire un angle droit avec le corps, l'abaiſſe, en preſſant ſur le rectum pour que le gorgeret pénètre par la partie la plus large de l'angle des os pubis; 3°. il fait gliſſer ce dernier inſtrument juſqu'à l'extrémité du cathéter, dans une direction horizontale, intéreſſe le col de la veſſie & la proſtate; 4°. il dégage & retire le cathéter, prend le manche du gorgeret de la main gauche, s'en ſert pour conduire les tenettes dans la veſſie; 5°. le gorgeret eſt retiré dans la direction où il a été introduit de peur de bleſſer les parties environnantes, & ici le procédé rentre dans les autres & n'a plus rien de particulier.

IV. Ce tableau, rapidement tracé & du gorgeret d'Haukins, & de la manière de s'en ſervir, ſuffit pour l'intelligence des nombreuſes modifications dont l'un & l'autre ſont ſuſceptibles, modifications ſſinécetées par les nombreux inconvéniens qui leur ſont applicables : examinons ces inconvéniens & dans l'inſtrument & dans le procédé qu'il détermine.

V. 1°. La forme concave du gorgeret, produit dans l'inciſion du col de la veſſie & de la proſtate, un lambeau demi-circulaire ſupérieurement, qui peut ſe

gonfler, gêner ainsi le passage des urines, & rendre difforme la cicatrice. Sous ce rapport, les changemens faits par Bell à cet instrument ne l'ont pas plus avantageusement modifié; 2°. trop peu large à son extrémité tranchante, il n'incise pas assez profondément les parties, nécessite par-là ou des incisions ultérieures, ou des dilatations souvent funestes. D'un autre côté, son extrémité voisine du manche est inutilement très-élargie & ne peut que gêner l'opérateur. Bell a senti ce double défaut; en remédiant au premier, il a porté jusqu'à l'excès, la correction du second; 3°. l'inclinaison latérale du manche, rend l'instrument peu propre à être enfoncé simultanément avec le cathéter, par un mouvement uniforme & bien combiné; 4°. imprudemment porté dans la vessie, le gorgeret peut aller, par le stylet beaucoup trop long qui le termine, heurter, déchirer, perforer même la membrane de la vessie, & donner lieu à des infiltrations d'autant plus dangereuses, que le lieu d'où elles partent est plus inaccessible. Cet accident est sur-tout à craindre, lorsque, comme les Anglois, on se sert de cathéter sans cul-de-sac; 5°. le tranchant est inutilement prolongé surtout un côté de l'instrument, puisque l'extrémité fait seule l'incision du col de la vessie; d'ailleurs la partie postérieure du tranchant peut dans l'introduction blesser des parties autres que celles à inciser; 6°. le stylet placé au milieu de l'instrument ne laisse pas assez de largeur à la partie droite qui doit faire l'incision du col. De-là beaucoup de difficultés dans cette incision. Un chirurgien Anglois a poussé trop loin la correction de cet inconvénient, en supprimant totalement le côté gauche de l'instrument

qui devient alors une ſimple lame tranchante, analogue à nos biſtouris ordinaires.

VI. Ces vices eſſentiels du gorgeret d'Haukins, rendent néceſſairement imparfait le procédé qui réſulte de ſon uſage. Mais à ce procédé ſont encore attribués d'autres inconvéniens qui tiennent à la manière de ſe ſervir de l'inſtrument. 1°. La méthode de l'enfoncer horizontalement dans la veſſie ſur le cathéter tenu à angle droit avec le corps, a deux grands déſavantages: d'un côté celui de pénétrer par l'endroit le plus rétréci du pubis, & par conſéquent de ne faire que difficilement une ouverture ſuffiſante; d'un autre côte celui de ne pas établir de parallèliſme entre l'inciſion extérieure des tégumens qui eſt oblique, & celle du col de la veſſie & de la proſtate qui ſe trouve alors horizontale. De-là la poſſibilité des infiltrations par les obſtacles que les urines trouveront à s'écouler. Un avantage paroît compenſer ces inconvéniens, c'eſt que par cette manière d'inciſer, & ſur-tout par la forme concave du gorgeret, le rectum ſe trouve toujours à l'abri, de même que le tronc de la honteuſe interne, double écueil que nous avons également à éviter dans l'emploi de preſque tous les inſtrumens. Mais pour une main exercée, & que dirigent sûrement les connoiſſances anatomiques, la léſion de ces deux parties n'eſt preſque jamais à craindre, & ſous ce rapport cette conſidération ne ſauroit, miſe dans la balance, l'emporter ſur les deux précédentes; 2°. en enfonçant ſon gorgeret, Haukins n'enfonçoit pas en même temps le cathéter, par un mouvement ſimultané; il arrive de-là, ou que l'inſtrument atteint le cul-de-ſac, avant d'avoir ſuffiſamment inciſé la proſtate, ou que ſi le

cathéter

cathéter eſt ſans cul-de-ſac, le ſtylet ira, comme nous l'avons dit, heurter les parois de la veſſie; 3°. le gorgeret retiré dans la direction où il a été introduit, peut bleſſer les parties environnantes, pour peu qu'il ſe dévie. Monro a voulu remédier à cet accident, en adaptant au gorgeret une lame mouſſe, qui cache le tranchant dès que celui-ci a fait l'inciſion. Mais c'eſt une inutile complication, & par un tour particulier donné à l'inſtrument, on le retire toujours, comme nous le verrons, avec ſûreté.

§. III. *De l'inſtrument d'Haukins, corrigé par Default, & de la manière d'inciſer avec lui.*

VII. Publié d'abord en Angleterre, où de nombreux ſuccès l'appuyèrent, l'inſtrument d'Haukins fut introduit en France par Louis, qui avoit, pour ce procédé, une ſorte de prédilection, depuis l'exemple unique d'une guériſon obtenue par lui au bout du troiſième jour. Deſault, jeune encore à cette époque, & preſque étranger à la pratique, conçut cependant bientôt tout l'avantage qu'offriroit cet inſtrument, ſi, préſenté ſous de nouvelles modifications, il étoit introduit dans la pratique exempt des vices majeurs applicables, comme nous l'avons vu, & à ſa conſtruction (V) & à la manière de l'employer (VI). Il imagina dès-lors les corrections nombreuſes qu'il a conſervées depuis, en fit le ſujet de ſa thèſe de réception au collége de chirurgie, & modifia l'inſtrument tel que nous l'avons repréſenté (*fig. 11*). Or, lorſqu'on le compare ainſi modifié, à celui primitivement imaginé par Haukins, on voit qu'il en diffère ſous une foule de rapports.

VIII. 1°. La concavité, donnée par Haukins à la lame (*Bb fig. I*) eſt preſque entièrement effacée. La lame (*abc fig. II*) preſque plane, ne conſerve qu'une légère courbure néceſſaire à l'introduction des tenettes. De-là une inciſion ſans lambeau ſemi-lunaire, & plus propre à l'évacuation des urines, qu'elle ne gêne pas; 2°. la largeur de l'extrémité tranchante en (*ed, fig. II*) comparée à celle de la lame dans ſa partie inférieure, eſt beaucoup plus conſidérable que dans l'inſtrument primitif, qui va toujours en diminuant du manche vers le ſtylet. Par-là on inciſe la proſtate dans une plus grande étendue & avec plus de facilité; 3°. le manche (*af, fig. II*), placé dans la même direction que la lame (*ac*), au lieu de s'incliner latéralement comme le manche (*Bf, fig. I*), permet plus facilement le mouvement combiné du gorgeret & du cathéter; 4°. à la place du ſtylet trop alongé (*de, fig. I*) une ſimple vive-arrête (*bc, fig. II*) a été ſubſtituée. Sa forme & ſa groſſeur doivent être exactement analogues à la crénelure du cathéter; 5°. le tranchant eſt borné au tiers antérieur du bord (*ce, fig. II*); il s'arrondit & devient mouſſe dans ſes deux tiers poſtérieurs; 6°. la vive-arrête au lieu de partager également la partie antérieure de la lame, eſt placée beaucoup plus à gauche, laiſſe à la partie droite plus de largeur, & lui donne par-là plus de facilité pour l'inciſion des parties qu'elle traverſe.

IX. Tel eſt l'enſemble des changemens faits par Deſault à l'inſtrument d'Haukins, changemens qui lui donnent la forme exprimée (*fig. II*). Or, ſi on compare cette forme à celle repréſentée (*fig. I*), on verra que les nombreux inconvéniens applicables à celle-ci, comme nous l'avons vu (V), ne ſauroient

lui être reprochés. Le simple parallèle des deux articles (V & VIII), suffira pour en convaincre; je ne m'appesantirai pas là-dessus.

X. La longueur du gorgeret varie suivant le sujet pour lequel on l'emploie. Desault en avoit de trois espèces. Le plus grand, long de cinq pouces, avoit onze à douze lignes de largeur, vers la partie où finit le tranchant; le second, de quatre pouces & demi de longueur, étoit large de dix à neuf lignes; le troisième présentoit une longueur de quatre pouces, sur une largeur de huit à sept lignes; ces proportions ne sont relatives qu'aux hommes, chez lesquels beaucoup de parties sont intéressées. Chez les femmes, le *maximum* de grandeur dans l'instrument, étoit le *minimum* de celle des hommes.

XI. La différence dans la forme de l'instrument, doit nécessairement en entraîner une dans la manière de l'employer. J'ai dit (VI) quels étoient, sous ce rapport, les inconvéniens du procédé d'Haukins, & dans la direction horizontale imprimée au gorgeret à l'instant où on l'introduit, & dans l'immobilité du cathéter au même instant, & dans la manière de retirer le gorgeret. L'observation suivante, où se trouve tracé avec exactitude le procédé de Desault, prouvera que par lui on évite ces inconvéniens, en même temps qu'elle exposera tous les détails opératoires.

OBS. Antoine Martin, entra à l'Hôtel-Dieu le 27 avril 1790, avec tous les signes caractéristiques d'une pierre dans la vessie. Démangeaison douloureuse au bout de la verge; érections involontaires; pissemens de sang par intervalle, sur-tout dans les efforts violens; rétention d'urine survenant subitement & disparoissant de même; douleurs & pesanteur au

périné, & dans la région de la vessie, moindres dans le repos, plus vives dans l'exercice, & sur-tout après avoir uriné; urines toujours chargées d'un sédiment jaunâtre, &c. Depuis un an que le malade éprouvoit ces symptômes, il avoit inutilement employé divers remèdes, dont l'insuffisance le força enfin de venir à l'Hôtel-Dieu, où l'on acquit, par le cathéterisme, la certitude de la maladie, dont il étoit aisé de soupçonner l'existence. Quelques boissons délayantes données pendant une huitaine de jours, un purgatif administré ensuite, & répété de nouveau pour combattre une disposition bilieuse qui s'étoit manifestée, quelque temps après l'entrée du malade, un lavement donné la veille, furent les seules préparations à l'opération que Desault exécuta de la manière suivante, le dix-septième jour :

1°. Le malade étant convenablement situé sur une table, comme dans toutes les méthodes de tailler, les cuisses écartées, les jambes fléchies & assujéties avec les mains par de simples bandes, un cathéter introduit dans la vessie, servit à reconnoître de nouveau la pierre; & fut confié ensuite à un aide qui le tint perpendiculairement à l'axe du corps, en inclinant un peu la plaque vers l'aîne droite, & de manière à en faire saillir la convexité au périnée, dans l'espace qui sépare le raphé & l'anus, de la tubérosité de l'ischion.

2°. Le chirurgien relevant les bourses avec l'éminence hypoténar de la main gauche, & tendant transversalement la peau du périné, entre le pouce placé vers l'anus & l'indicateur appuyé vers l'ischion, commença à un pouce au-dessus de l'anus, & avec le bistouri, tenu comme une plume à écrire, une

incision obliquement dirigée de droite à gauche, jusqu'au milieu de l'espace compris entre cette ouverture & la tubérosité sciatique; incision qu'il eut soin de rendre plus profonde à sa partie moyenne qu'à ses deux angles supérieurs & inférieurs, & qui intéressa les tégumens, le tissu cellulaire, quelques vaisseaux & nerfs cutanés.

3°. Dans cette incision préliminaire fut porté l'ongle du doigt indicateur, afin de reconnoître au-delà du bulbe, la crénelure du cathéter, qu'on mit à découvert en incisant plus profondément la portion membraneuse de l'urètre, avec le bistouri porté sur l'ongle & dirigé de manière que le manche élevé en renversant le poignet, fit abaisser la lame & facilita son glissement dans la crénelure.

4°. Le bistouri étant retiré, l'ongle de l'indicateur resté à l'angle supérieur de la plaie, appuyé sur la crénelure, servit à y conduire le bec du gorgeret, dont la lame fut introduite parallèlement aux bords de l'incision; on s'assura, par de légers mouvemens latéraux, qu'il correspondoit au cathéter.

5°. Le chirurgien saisit alors de la main gauche le cathéter jusque-là tenu par l'aide, le ramena du côté gauche, de manière à l'incliner un peu de ce côté, puis renversant en bas la plaque de cet instrument, comme pour le faire pénétrer plus avant, il l'enfonça en effet dans la vessie par un mouvement simultané avec le gorgeret dont il élevoit en même temps le bec, & dont le tranchant obliquement dirigé en bas vers l'ischion, & bien parallèlement à la division des tégumens, incisa de dehors en dedans, la partie latérale de la prostate & le col de la vessie.

6°. Le bec du gorgeret ayant été ensuite dégagé du

cathéter par un léger mouvement d'abaiſſement donné à l'un & d'élévation imprimé à l'autre, celui-ci fut retiré de la veſſie ; puis le chirurgien portant ſon doigt ſur la concavité du gorgeret, le conduiſit dans la veſſie, d'un côté pour en reconnoître le calcul, de l'autre pour preſſer contre le tranchant l'angle externe & inférieur de la plaie, qui, par-là, ſe trouva agrandie.

7°. L'inciſion étant ſuffiſante pour le paſſage de la pierre, le doigt fut retiré, & on lui ſubſtitua les tenetres gliſſées ſur la concavité du gorgeret reſté en place, & qui fut enſuite ramené par un léger mouvement de rotation de gauche à droite qu'on lui imprima autour des tenettes, mouvement propre à mettre à l'abri de l'action de la lame, les parties à travers leſquelles on la retiroit.

8°. La pierre, méthodiquement chargée ſuivant les règles, fut retirée enſuite avec une ſage lenteur, & par divers mouvemens imprimés en ſens contraire aux tenettes. L'opération fut terminée par une injection émolliente.

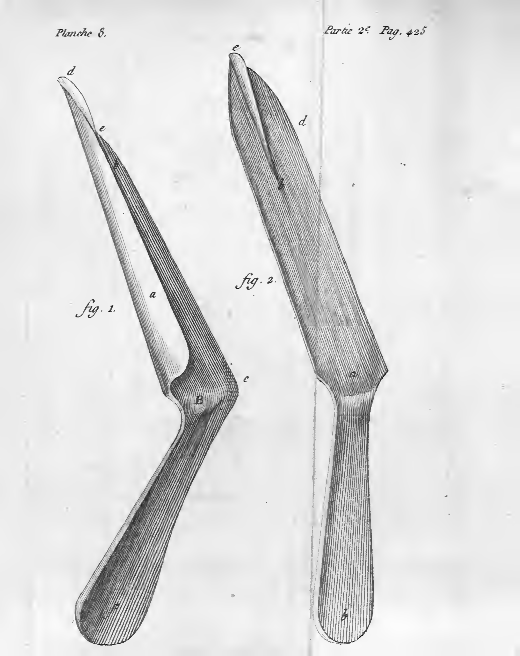
Une branche conſidérable de la honteuſe intéreſſée dans les premières inciſions, fourniſſoit une hémorragie qu'il étoit inſtant d'arrêter. Deſault, pour y parvenir, fit placer le doigt d'un aide ſur le tronc principal à l'endroit où il rampe contre la tubéroſité ſciatique. Reporté enſuite dans ſon lit, le malade y fut couché horizontalement, les cuiſſes écartées, afin de laiſſer libres les lèvres de la plaie, pour l'écoulement des urines.

Le ſoir le malade ſe plaignit de douleur dans les reins & dans la région hypogaſtrique. L'urine ſortoit mêlée avec des caillots de ſang, effet de l'hémorragie

de la branche incisée, dans les instans où les doigts de l'aide comprimoient avec moins d'exactitude, la honteuse interne. Dans la nuit, l'écoulement de d'urine diminua sensiblement, une teinte rougeâtre coloroit le peu qui s'échappoit. Vers le matin, le malade commença à ressentir une pesanteur & une anxiété insupportables; la fièvre survint; le hoquet & les vomissemens s'y joignirent. Une tumeur obronde, circonscrite, fluctuante, se forma rapidement au-dessus du pubis. Ce dernier symptôme indiquoit évidemment la source des accidens. Desault, pour les faire cesser, passa dans la vessie une sonde par laquelle s'écoula une pinte d'urine sanguinolente & déjà fétide. Quelques caillots de sang restoient encore & coloroient les injections qu'on poussoit dans la vessie. Mais ces injections plusieurs fois répétées, parvinrent enfin à les enlever, & le malade, délivré des accidens que lui occasionnoit sa rétention momentanée d'urine, vit rapidement s'avancer sa guérison qui fut complète au bout du trente-deuxième jour.

XII. Revenons sur quelques détails du procédé opératoire, exposé dans l'opération précédente; 1°. la forme de l'incision extérieure plus profonde au milieu qu'à ses extrémités (2°.), a l'avantage de mettre à nu, dans l'endroit seul où il faut l'inciser, la portion membraneuse de l'urètre, de ne pas exposer en arrière les tranverses à être blessées, de ne pas inutilement dénuder en devant la partie postérieure du bulbe; 2°. l'ongle resté sur la canelure du cathéter, après qu'on a retiré le bistouri (3°.), sert bien plus avantageusement que celui-ci, de conducteur au gorgeret, &, sous ce rapport, l'introduction de cet instrument est plus facile que par le procédé d'Haukins;

3°, l'inclinaiſon légère du cathéter à gauche, à l'inſtant de l'introduction du gorgeret (5°.), donne au chirurgien la facilité de diriger la lame de celui-ci de telle manière, qu'elle ſe trouve exactement parallèle à l'inciſion extérieure ; or, ce parallélilme eſt une condition très-avantageuſe au ſuccès de l'opération, pour la double raiſon que nous avons expoſée (VI). D'ailleurs une autre conſidération s'y joint ici, c'eſt que la lame ayant preſque perdu ſa courbure, pourroit, étant horizontalement enfoncée, aller bleſſer les vaiſſeaux honteux, écueil toujours à craindre ; enſorte que ce qui ne ſeroit qu'avantageux dans le procédé opératoire d'Haukins, devient ici indiſpenſablement néceſſaire ; 4°. l'enfoncement ſimultané, du gorgeret & du cathéter (5°.), eſt pour la facilité & la ſûreté de l'inciſion, un grand avantage ajouté à ce procédé ; en abaiſſant un peu la plaque du cathéter, à l'inſtant où le gorgeret pénètre, le tranchant s'éloigne du bas-fond de la veſſie, & de la partie gauche de cet organe ; 5°, la précaution d'enfoncer préliminairement le doigt ſur la concavité du gorgeret (6°.), avant l'introduction des tenettes, n'eſt pas moins néceſſaire pour agrandir cette inciſion ſi elle eſt inſuffiſante, dans tous les cas pour reconnoître la pierre. Dans la première vue, & lorſqu'il ne vouloit que dilater, Deſault employoit quelquefois deux gorgerets mouſſes, d'inégale grandeur, placés aux deux angles de la plaie, & entre leſquels il introduiſoit les tenettes, qui, en écartant les gorgerets, écartoient auſſi ces angles ; 6°, enfin la manière de retirer le gorgeret par un léger mouvement de rotation de gauche à droite, qu'on lui imprime autour des tenettes, diſpenſe conſtamment des nombreuſes modifications faites à l'inſtrument, pour garantir les parties à travers leſquelles on le retire.


Planche 8.
Partie 2e. Pag. 425
fig. 1.
fig. 2.
d
e
a
B
c
e
d
a
b

EXPLICATION

De la huitième planche.

Fig. I. Gorgeret primitif d'Haukins.
B b. Côté concave de la lame.
a. Côté convexe.
d e. Stylet dépaſſant de trois lignes l'extrémité du gorgeret.
c e. Bord droit tranchant dans preſque toute ſa longueur.
B f. Manche incliné latéralement.
Fig. II. Gorgeret d'Haukins, corrigé par Deſault.
a b c. Lame preſque plane, ſubſtituée à la lame concave d'Haukins; elle eſt plus large que celle-ci à ſon extrémité, qui doit inciſer le col.
d e. Tranchant borné au tiers ſupérieur du côté droit, remplaçant le tranchant d'Haukins, prolongé ſur tout ce côté.
b e. Vive-arrête ſubſtituée au ſtylet trop long d'Haukins. Elle eſt placée plus à gauche, & diviſe inégalement la lame.
a b. Manche dans la même direction que la lame, au lieu d'être incliné latéralement.

MÉMOIRE

SUR l'extraction des pierres enkistées.

I. Les pierres ne s'offrent pas toujours libres aux instrumens destinés à les saisir, quelquefois un prolongement de la membrane interne de la vessie, les enveloppe & leur forme une espèce de kiste, où elles sont retenues d'une manière immobile. C'est communément à l'embouchure de l'urètre que s'observe ce phénomène. Moins d'accidens sont alors d'ordinaire le résultat de leur présence, mais plus de difficulté se rencontre dans leur extraction. Il faut, pour ainsi dire, une double opération; 1°. pour les extraire du kiste; 2°. pour les tirer de la vessie. On remplit le premier but par divers procédés que les auteurs ont singulièrement multipliés en proportion du petit nombre de cas, où l'on a à traiter la variété qui nous occupe. Ces procédés peuvent en général se rapporter à trois méthodes générales: savoir, 1°. les injections; 2°. la déchirure; 3°. l'incision.

II. *La méthode de l'injection* est due à Ledran, qui, dans un cas où une pierre se trouvoit arrêtée à l'embouchure de l'urètre, parvint, dit-il, à en procurer l'issue au moyen de fluides injectés à la faveur d'une canule laissée à demeure dans la vessie, pendant près de six semaines. Mais Ledran observe que de temps à autre il l'ébranloit avec les tenettes, ensorte qu'on peut présumer qu'à ces ébranlemens, plutôt qu'aux injections, fut due sa chute dans la vessie. Comment en effet pourroient agir les injections? est-ce en

détruiſant les parois de la poche qui retient la pierre ? Mais alors elles agiront auſſi ſur le reſte de la ſurface interne de la veſſie ? eſt-ce en procurant le relâchement de cette poche ? Mais comment concevoir la poſſibilité de ce relâchement dans une partie ſaine & intacte ? Puſſions-nous d'ailleurs eſpérer de le produire, la lenteur de ce procédé, l'inquiétude affligeante & pénible où elle laiſſe les malades ſur leur guériſon, permettent-ils d'y avoir recours?

III. *La ſeconde méthode* doit être principalement rapportée à Littre, qui vouloit qu'avec une ſonde introduite dans la veſſie, on froiſſât & on déchirât la paroi membraneuſe qui recouvre la pierre, après avoir pris la précaution de porter le doigt dans le rectum pour l'aſſujétir. Si la pierre eſt fort ſaillante, le même auteur recommande de ſaiſir la poche avec les mors des tenettes, de la contondre & de la mâcher, afin que la ſuppuration qui en réſultera, détruiſe les parois de cette poche & facilite la ſortie de la pierre. D'autres ont cru qu'il valoit autant faire auſſitôt l'extraction de la pierre & du kiſte, ſans attendre cette ſuppuration. Lapeyronie a employé une fois ce procédé à l'Hôtel-Dieu. Maréchal a obtenu quelques ſuccès par le même moyen. Il eſt aiſé cependant d'en ſentir l'inſuffiſance & les dangers; en effet, on ne déchire pas ainſi impunément un organe auſſi ſenſible & auſſi irritable que la veſſie, ſur-tout à ſa ſurface interne. L'inflammation, les dépôts, la gangrène en ſeront la preſque inévitable ſuite; & ſous ce rapport la probabilité de quelques ſuccès ne peut compenſer la certitude d'une foule de revers. On peut donc établir en principe que *la déchirure* eſt conſtamment un moyen à rejeter de l'extraction des pierres enkiſtées.

IV. *La troisième méthode* ou l'incision mérite en général une préférence exclusive ; cependant peu d'auteurs y ont eu recours. Houstet, dans son mémoire sur les pierres enkistées, dit « que la méthode » de tailler de Foubert, enseigne la voie qu'il faut » tenir pour aller dégager cette pierre ». on doit présumer qu'en citant cette méthode, Houstet ne vouloit qu'indiquer l'endroit où doit se faire l'incision extérieure; puisqu'en suivant le procédé qu'il recommande, on ne pénètre point dans la vessie, & que l'on incise immédiatement sur la pierre les parties qu'elle recouvre. L'opération faite ainsi, approche plus du petit appareil que de la méthode de Foubert; quoi qu'il en soit, l'incertitude du lieu précis qu'occupe la pierre, le danger qu'il y a d'inciser aussi profondément dans des parties qu'il faut ménager, ne permettront jamais à un chirurgien prudent de hasarder cette opération. Il vaudroit encore mieux suivre la conduite de Garengeot, qui, dans un cas semblable, incisa, avec un bistouri porté dans la vessie à la faveur du doigt, la paroi supérieure de la poche, & procura ainsi l'issue de la pierre: cependant cette pratique n'est pas sans inconvénient. Il est difficile de couper avec la pointe d'un bistouri sur une surface souvent inégale & raboteuse. Le bistouri peut glisser sur la pierre ordinairement ronde, & percer ainsi la vessie.

V. La considération de ces inconvéniens engagea Desault à appliquer à l'extraction des pierres enkistées, l'usage de son coupe-bride, dont la description a été exposée à l'article de la rescision des amygdales, & qui met ici le praticien à l'abri de toute crainte du côté de la lésion de la vessie. La manière de s'en servir ici est très-simple. Après avoir reconnu avec le doigt

porté dans la vessie, la partie de la pierre qui se trouve à nu dans ce viscère, on engage, dans l'échancrure du coupe bride, l'espèce de bourrelet que forme le repli membraneux qui recouvre le calcul, & on coupe ce repli en enfonçant dans la gaîne, la lame de l'instrument. Si ce bourrelet n'étoit pas assez saillant, ou si on ne pouvoit l'engager dans l'échancrure du coupe-bride, il n'y auroit aucun inconvénient à placer cette échancrure sur la tumeur que forme la pierre, & à couper dans cet endroit l'enveloppe qui l'y fixe. On agrandit à volonté l'incision, en plaçant plus avant l'échancrure de la gaîne, & réitérant le jeu de la lame. Il n'est pas toujours nécessaire de donner à cette incision une étendue proportionnée au volume du calcul; il suffit souvent de débrider de quelques lignes le repli membraneux qui embrasse la partie de la pierre correspondante à la vessie, pour dégager sans peine ce corps étranger, quelle que soit sa longueur. D'ailleurs on se sert du doigt, du bouton ou des tenettes pour faire sortir de son chaton la pierre, dont on fait ensuite l'extraction suivant les règles prescrites pour les calculs de la vessie.

VI. L'observation suivante, recueillie par Manouti, offrira le tableau de la conduite à tenir en ce cas, en même temps qu'elle nous présentera d'un côté le seul exemple, connu dans l'art, de ces sortes de pierres chez les femmes, d'un autre côté, une application à ce sexe, du procédé corrigé d'Haukins que nous avons examiné chez les hommes, dans le mémoire précédent.

OBS. M. Marguerite Remiers, âgée de *66* ans, forte & sanguine, éprouvoit depuis trois ans dans la région lombaire droite, des douleurs vives fixes d'abord en cet endroit, mais qui bientôt semblèrent peu à peu

descendre chaque jour plus bas. Elles cessèrent presque entièrement pendant un mois, au bout duquel elles reparurent de nouveau, alors bornées à la vessie & au méat urinaire. Cette seconde invasion fut aussitôt accompagnée d'envies fréquentes d'uriner. Les urines, habituellement glaireuses, souvent sanguinolentes, s'arrêtoient quelquefois tout-à-coup & couloient aussitôt que la malade changeoit de situation ou faisoit quelques pas. Après huit mois de souffrances presque continuelles, elle eut pendant trois jours un pissement de sang abondant, suivi pendant vingt-quatre heures d'une rétention d'urine complète. Les urines revinrent ensuite goutte à goutte, avec les efforts les plus douloureux. Effrayée par ces accidens cette femme accepta l'offre de la sonder, qu'elle rejetoit depuis long-temps. Son introduction fit découvrir à l'entrée du méat urinaire une pierre de la grosseur d'une noisette, qui fut sur-le-champ extraite avec des pinces à pansement.

Cette femme jouit pendant quelques mois de la plus parfaite santé; ensuite ses anciennes douleurs reparurent dans la région du rein droit & dans le trajet de l'uretère, & la déterminèrent à se rendre à l'Hôtel-Dieu de Paris, où elle fut reçue le premier septembre 1788. A cette époque, ses douleurs étoient continuelles & fixes dans l'intérieur de la vessie; elles augmentoient un peu lorsqu'elle se donnoit de l'exercice & produisoient des envies fréquentes d'uriner; mais les urines n'étoient pas sanguinolentes comme autrefois ni leur jet interrompu. En introduisant la sonde dans la vessie, Desault sentit, vers son bas-fond, une pierre, qu'il jugea petite. Il ne crut pas devoir faire subir de préparations particulières à cette malade, qui se portoit

bien d'ailleurs; en conſéquence il lui fit l'opération, cinq jours après ſon entrée à l'hôpital. Cette femme fut placée ſur le lit deſtiné à tailler les hommes & ſituée de la même manière. Deux aides écartèrent les grandes & petites lèvres; enſuite le chirurgien introduiſit un cathéter ordinaire dans la veſſie; s'aſſura de nouveau de la préſence de la pierre; donna au manche du cathéter une direction perpendiculaire à l'axe du corps; l'inclina un peu vers l'aîne gauche, appliqua la concavité de cet inſtrument, ſous la ſymphyſe du pubis; engagea dans la cannelure, qui ſe trouvoit dirigée à droite, le bec d'un gorgeret corrigé d'Haukins, dont le tranchant étoit tourné à gauche & en bas, & tandis qu'il enfonçoit le gorgeret le long de la cannelure du cathéter, il en abaiſſa un peu le manche, & éloigna, par ce mouvement, le tranchant du gorgeret, du bas-fond & du côté gauche de la veſſie. Il fit ainſi une inciſion oblique à la partie poſtérieure & gauche du canal de l'urètre & du col de la veſſie; il retira le cathéter; porta ſur le gorgeret le doigt indicateur de la main droite, l'enfonça doucement juſque dans la veſſie; introduiſit les tenettes, & en retirant le gorgeret, pour qu'il ne coupât pas les parties ſur leſquelles il gliſſoit en ſortant, il lui fit décrire autour des tenettes, un demi-cercle, de gauche à droite. Le chirurgien toucha de nouveau la pierre avec les tenettes, mais il ne put réuſſir à la charger. Il ſentoit, avec les bords des cuillers, un corps aſſez gros, dans l'endroit où il avoit reconnu la pierre, ſans éprouver le choc d'une pierre touchée à nu. Après quelques tentatives infructueuſes, il retira les tenettes, porta une ſeconde fois le doigt indicateur dans la veſſie, & au lieu d'une pierre, il ſentit une tumeur que le doigt repouſſoit

facilement. Il eut un inſtant des doutes ſur la nature de cette tumeur ; ce pouvoit être un fongus de la veſſie, un dépôt par congeſtion formé dans l'épaiſſeur des parois de ce viſcère, un corps étranger dans le vagin, &c. Le doigt indicateur de la main gauche, introduit dans ce canal, détruiſit en un inſtant la dernière conjecture.

La certitude où étoit Deſault, d'avoir touché une pierre dans l'endroit même qu'occupoit cette tumeur, & la ſituation de celle-ci, vers la fin de l'urètre, lui firent ſoupçonner que la pierre étoit encore engagée dans le trajet oblique de ce conduit, & enkiſtée par les tuniques de la veſſie. Il en fut convaincu, lorſque parcourant de nouveau, du bout du doigt, toute la ſurface de la tumeur, il diſtingua, à ſa partie inférieure, un petit corps dur, coëffé d'un repli membraneux. Pluſieurs chirurgiens qui aſſiſtoient à cette opération, portèrent auſſi le doigt dans la veſſie, & reconnurent tous la même diſpoſition. La facilité & la ſûreté avec leſquelles Deſault avoit coupé profondément, en diverſes circonſtances, des brides dans le rectum & dans d'autres cavités, au moyen du kiotome, lui firent naître l'idée de s'en ſervir ici. Le doigt indicateur & le doigt du milieu de la main droite, placés dans les anneaux de cet inſtrument, & le pouce dans celui de la tige, il le porta fermé dans la veſſie, le long du doigt indicateur de la main gauche, retira aſſez la lame pour laiſſer libre l'échancrure de la gaîne, appliqua cette échancrure ſur la tumeur, à la faveur du même doigt ; & en pouſſant doucement la lame, il coupa, en une ſeule fois & ſans danger, la partie de l'uretère & de la veſſie, qui recouvroit & retenoit le calcul. Cela fait, il

retira

retira l'inſtrument, & avec le doigt qui lui avoit ſervi de conducteur, dégagea la pierre, dont il acheva ſans peine l'extraction avec des tenettes ordinaires. Le temps pendant lequel il fallut attendre un inſtrument, dont on n'avoit pu prévoir l'emploi, alongea un peu cette opération, qui d'ailleurs peu douloureuſe, fut ſoutetenue avec courage par la malade. Cette femme fut miſe à la diète; on lui donna pour tiſane une légère décoction de chiendent & de graine de lin, édulcorée avec le ſyrop de guimauve. Elle paſſa tranquillement la journée & la nuit ſuivante, ſe plaignant ſeulement de cuiſſons, produites par le paſſage des urines, qui s'échappoient involontairement & goutte à goutte. Le lendemain il y eut un peu de chaleur à la peau & de la fréquence dans le pouls; le ventre n'étoit ni tendu ni douloureux. Le troiſième jour, la malade ne ſouffrant point, & croyant n'avoir plus d'accidens à craindre, prit des alimens ſolides, qu'elle s'étoit procurés en cachette. Le quatrième jour, elle alloit de bien en mieux. Enhardie par l'impunité de la veille, elle mangea plus abondamment. Le cinquième, il lui ſurvint de la fièvre; la langue devint rouge & sèche, & les bas-ventre douloureux & tendu. Elle fut ſaignée du bras, & miſe à la diète la plus ſévère; on lui donna deux lavemens dans la journée, & on lui fit boire en abondance, & alternativement, de ſa première tiſane & de l'eau de veau. Le ſixième, elle étoit plus calme; la fièvre, la chaleur, la ſéchereſſe de la langue, la douleur du ventre étoient moindres; les urines ſortoient toujours involontairement, mais preſque ſans cuiſſons. Le huitième jour, il n'y avoit plus de fièvre; le ventre étoit redevenu ſouple; la malade retint

environ un demi-verre d'urines, & le lendemain, le neuvième, plein un verre : on lui permit de prendre un peu de nourriture. Le dixième, elle rendit ſes urines à volonté. On augmenta graduellement la quantité de ſes alimens. Cette femme eſt reſtée dans l'hôpital juſqu'au vingtième jour de ſon opération, & n'a pas ceſſé de retenir ſes urines & de les rendre à volonté.

MÉMOIRE

SUR la ligature des polypes dans les différentes cavités.

§. Ier.

I. Les progrès de la médecine externe ſont quelquefois les fruits rapides du genie, & c'eſt-là ſans doute un de ſes avantages ſur la médecine interne, que l'expérience ſeule amène lentement vers la perfection. Lorſqu'en 1742, Levret conçut & exécuta l'ingénieuſe idée de lier les polypes dans les différentes cavités qui les renferment, un jour nouveau ſembla ſe répandre tout-à-coup ſur le traitement de ces tumeurs, qui juſques-là preſque toujours inacceſſibles aux ſecours de l'art, purent dès-lors être rangées parmi celles dont la guériſon s'obtient avec le plus de promptitude. Les procédés qu'il imagina alors, diverſement modifiés depuis, ſont devenus plus ſimples & plus faciles entre les mains des praticiens qui l'ont ſuivi; mais lui ſeul traça la route, où ils n'ont eu enſuite qu'à entrer; lui ſeul diſſipa l'obſcurité qui enveloppoit encore ce point de pratique. Juſques à lui l'art reſtreint à d'impuiſſans moyens, n'avoit pour détruire les polypes renfermés dans les cavités où ils prennent naiſſance, que la ſection ſimple, l'arrachement avec torſion, & la cautériſation.

II. La ſection, quelquefois avantageuſe, eſt ſouvent impraticable, preſque jamais elle n'eſt facile;

toujours elle préſente des dangers. Une hémorragie inquiétante peut en être la ſuite, & alors ce n'eſt qu'avec peine qu'on porte ſur les vaiſſeaux ouverts, les moyens propres à arrêter le ſang. La ligature de ces vaiſſeaux profondément ſitués eſt le plus communément impoſſible, parce qu'on ne peut les voir; leur compreſſion eſt, faute de points d'appui, auſſi embarraſſante. D'ailleurs l'inſtrument par fois mal aſſuré, dirigé à l'aveugle dans une cavité profonde, ne peut-il pas, en emportant la tumeur, intéreſſer auſſi le viſcère auquel elle s'implante? Depuis longtemps les tenailles inciſives de Fabrice d'Aquapendente & autres inſtrumens relatifs à ce procédé, ne ſe rencontrent plus que dans nos arſenaux de chirurgie.

III. L'arrachement avec torſion eſt en général moins fréquemment ſuivi d'hémorragie. On ſait en effet que dans les plaies par déchirure le ſang eſt plus vîte arrêté, que dans celle par inciſion : de plus, il eſt pluſieurs cas auxquels ce procédé eſt preſque ſeul applicable; tels ſont par exemple la plupart des polypes des narines antérieures; mais ſi le vagin, la matrice, le rectum, donnent naiſſance à ces tumeurs, les parois de ces cavités molles & faciles à céder, n'éprouveront-elles pas en partie les effets de la torſion? ne ſeront-elles pas contuſes, déchirées? de nombreux accidens ne naîtront-ils pas de leur léſion, ſur-tout dans l'état de ſenſibilité augmentée où elles ſe trouvent alors?

IV. Des inconvéniens plus nombreux proſcrivent, dans le traitement des polypes de toutes les cavités, le procédé dangereux & cruel de la cautériſation. En ſuppoſant qu'il réuſſiſſe, ce procédé eſt toujours long par les applications ſucceſſives & répétées qu'il

néceſſite. Les plus vives douleurs ſont l'effet de ces applications ; il eſt rare que l'action du cauſtique ſoit facile à diriger ; porté ſur la tumeur, il peut intéreſſer auſſi les parties voiſines. De l'irritation qu'il produit peuvent naître des dégénéreſcences cancéreuſes.

v. Ces conſidérations générales ſuffiſent ſans doute pour bannir du traitement des polypes renfermés dans le plus grand nombre des cavités, des moyens dont l'effet peut devenir plus funeſte que le mal-même contre lequel on les dirige. Auſſi la pratique des grands maîtres étoit-elle preſque toujours, d'abandonner à la nature ces ſortes de polypes profondément ſitués, & d'attendre que ſes efforts en euſſent procuré l'expulſion ſpontanée pour en faire enſuite la ligature & l'exciſion. Mais rien n'eſt plus rare que cette expulſion ſpontanée ; & ſi, d'eux-mêmes, les polypes franchiſſent la vulve, par exemple, ce n'eſt que par les progrès ſucceſſifs d'un accroiſſement toujours très-long. Pendant ce temps des hémorragies fréquentes, des écoulemens de différente nature, affoibliſſent peu à peu la malade, & déjà le mal eſt irréparable, lorſqu'on peut y apporter remède.

vi. Quelques praticiens, d'après ces conſidérations, ont propoſé de ſaiſir le polype dans la cavité qui le renferme, de le tirer au dehors, d'en faire enſuite la ligature & l'exciſion ; mais la tumeur cédera-t-elle toujours aux efforts dirigés ſur elle ? Ces efforts portés également ſur le viſcère auquel il adhère, n'y produiront-ils pas un tiraillement, une irritation, & par ſuite les accidens qui peuvent en réſulter ?

vii. Ce tableau rapide des inconvéniens attachés aux méthodes précédentes, ſuffit ſans doute pour

apprécier les avantages de celle de Levret & les services qu'ont rendu à l'art les praticiens qui l'ont perfectionnée. Parmi ces praticiens, les uns n'ont qu'ajouté aux instrumens déjà inventés, les autres en ont imaginé de nouveaux; tous ont eu pour but de rendre les moyens plus simples pour le chirurgien, moins gênans pour le malade, & applicables à tous les cas qui peuvent se présenter. Mais tous n'ont pas également approché de ce but, le seul que doive atteindre tout procédé opératoire pour arriver à sa perfection. Un coup-d'œil jeté rapidement sur les divers procédés, aujourd'hui en usage dans les diverses espèces de polypes, suffira pour en convaincre, en même temps qu'il nous servira à tracer le parallèle de ces procédés avec ceux imaginés par Desault.

§. II. *De la ligature des polypes de la matrice & du vagin.*

VIII. De tous les polypes, ceux où la ligature est le plus visiblement indiquée, ce sont sans doute ceux de la matrice. La nature semble ici tracer à l'art la route qu'il doit suivre, pour suppléer à l'insuffisance de ses efforts. Quelquefois en effet l'orifice de la matrice venant à étrangler le pédicule du polype auquel il a livré passage, y intercepte la circulation, en occasionne la mortification, & bientôt après la séparation & la chute. Aussi la ligature de ces sortes de polypes, a-t-elle principalement fixé l'attention des praticiens. C'est pour elle qu'ont été imaginés le plus grand nombre de procédés, qui tous s'appliquent aux polypes du rectum, & dont la plupart conviennent à ceux des fosses nazales antérieures.

IX. Levret, dont le génie s'exerça long-temps sur divers instrumens propres à cette opération, nous a laissé deux porte-nœud, les seuls qu'ait eus l'art, pendant plusieurs années, & que beaucoup de chirurgiens emploient encore aujourd'hui. L'un est son double tuyau d'argent, droit, soudé parallèlement, terminé supérieurement en larme, portant inférieurement deux anneaux sur ses côtés; & dont l'usage est d'introduire à la partie supérieure du vagin, l'anse d'un fil d'argent, dans laquelle on engage le polype, & qu'on serre ensuite en tordant les deux extrémités du fil. L'autre instrument que Levret avoit substitué au premier, est également formé par deux tuyaux d'argent, mais séparés l'un de l'autre & assemblés comme une pince à anneaux, dont ils présentent la figure, avec cette différence que les branches sont plus ou moins recourbées, pour s'adapter à la forme de la tumeur. Un fil de lin destiné à former l'anse, est passé dans chacun de ces tuyaux. On porte le plus haut possible l'instrument dans le vagin, sur un des côtés de la tumeur; on le ramène ensuite du côté opposé, en faisant passer dans l'intervalle de ses branches, le polype dont la base se trouve ainsi comprise dans une anse qu'on serre progressivement & à volonté, avec l'instrument resté en place.

X. Ces deux instrumens ont un inconvénient commun : par leur moyen, on ne peut porter jusques dans la matrice, une ligature sur le polype qui s'y implante. Si on emploie le premier, l'anse du fil d'argent, qui s'élargit en montant dans le vagin, ne pourra passer à travers le col plus étroit de l'utérus. Si l'on se sert du second, sa grandeur est évidemment disproportionnée à l'étroitesse du passage. La ligature

du polype ne pourra donc être pratiquée qu'au-dessous du museau de tanche, d'où il résultera que le pédicule resté intact dans la matrice, ne sera coupé qu'à sa partie inférieure, & qu'il pourra devenir le principe d'une tumeur nouvelle.

XI. Mais, outre cet inconvénient commun, chacun des instrumens précédens en offre de particuliers. 1°. La rectitude du premier gêne & empêche son introduction, lorsque le polype est trop volumineux; 2°. si l'anse de la ligature rencontre en montant dans le vagin, un pli de ce conduit, une saillie de la tumeur, elle se replie & ne pénètre point; 3°. le fil d'argent peut se rompre dans les différentes torsions qu'il éprouve, & nécessiter une nouvelle opération. Ce dernier inconvénient est essentiel, & sous ce rapport, un instrument est à rejeter par-là même qu'il nécessite une ligature de ce métal; 4°. lorsqu'on a recours au second instrument, son introduction est fatigante pour la malade & difficile pour le chirurgien; 5°. si le polype très-volumineux remplit tout le vagin, ce n'est qu'avec peine qu'on parvient à le faire passer dans l'écartement de ses branches; 6°. resté dans le vagin, il incommode par son volume.

XII. Tant de désavantages attachés aux procédés de Levret, ont fixé l'attention de plusieurs chirurgiens sur la ligature des polypes. De leurs recherches sont nés différens moyens plus ou moins ingénieux, qu'il seroit trop long de décrire en particulier, mais dont plusieurs fondés, à-peu-près sur le même principe, nous offrent des avantages communs, qu'il est utile de connoître.

XIII. Ces instrumens, sont comme ceux de Levret, composés de deux tiges de métal, soit que dans leur

intérieur ces tiges présentent un tuyau pour contenir le fil, soit qu'à leur extrémité elles portent seulement un anneau pour remplir le même but. Mais au lieu d'être adossées comme le premier instrument de Levret, ou assemblées comme son second, elles sont isolées l'une de l'autre; enfilées d'une même ligature, elles sont portées séparément autour de la base de la tumeur où elles forment une anse qui l'étrangle. Sur cette base commune ont été construits les instrumens de David, d'Herbiniaux & de Desault.

XIV. Les avantages qu'ont en général ces sortes d'instrumens sur ceux de Levret sont : 1°. de rendre l'opération plus facile, & moins pénible pour le malade; 2°. de pénétrer dans la matrice & d'y porter la ligature; 3°. de ne pas nécessiter l'emploi d'un fil d'argent; 4°. de ne pas laisser dans le vagin un corps trop incommode par son volume, pendant les jours qui précèdent la chute de la tumeur.

XV. Mais si, comparés à ceux de Levret, ces instrumens méritent la préférence, comparés entre eux, ils n'ont pas tous les mêmes avantages. Plusieurs sont embarrassés par d'inutiles complications. Le serre-nœud, on constricteur de l'anse, pour lequel suffisoit une simple tige, a été fait de différentes manières ingénieuses sans doute, mais inutiles & même incommodes. On y a adapté des treuils, des poulies, &c. L'art, comme la nature, doit simplifier ses moyens, & multiplier ses résultats. La simplicité d'un instrument, est presque toujours la mesure de sa perfection. C'est sur ces principes que Desault chercha à fonder tous ses procédés opératoires; ce sont eux qui le dirigèrent, lorsqu'il imagina celui destiné à la ligature des polypes de la matrice & du vagin. Il suffira

ſans doute de le connoître, pour voir qu'il ne s'eſt point écarté du but qu'il ſe propoſoit.

XVI. Les inſtrumens qu'exige ce procédé, ſont au nombre de trois : les deux premiers (*fig. I*) & (*fig. II*), ſont deſtinés à porter dans le vagin ou la matrice l'anſe de la ligature, que le troiſième (*fig. III*) doit tenir conſtamment ſerrée juſqu'à la chute du polype. Ce dernier ſe nomme ſerre-nœud ou conſtricteur de l'anſe. Les deux premiers ſont les porte-nœuds, ou conducteurs de l'anſe.

XVII. Le porte-nœud (*fig. I*) eſt une ſimple canule d'argent, longue d'environ 7 pouces, légèrement recourbée, pour s'adapter à la forme convexe du polype. Deux anneaux ſe rencontrent à ſon extrémité inférieure, ſoit pour la facilité de l'opérateur, ſoit pour arrêter le fil, à l'inſtant où l'on porte l'inſtrument dans le vagin. L'autre extrémité eſt terminée par un bouton ovoïde creuſé en entonnoir, & dont les parois ſont liſſes & arrondies.

XVIII. Le porte-nœud (*fig. II*) préſente auſſi une canule d'argent, longue de cinq pouces, n'affectant qu'une légère courbure, & renfermant une tige d'argent ou d'acier, bifurquée ſupérieurement, & terminée par deux demi-anneaux, d'où réſulte un anneau complet, lorſque les branches ſont rapprochées. Lorſque rien ne les contient, leur élaſticité écarte ces branches ; on les réunit en faiſant gliſſer ſur elles la canule du porte-nœud. A l'autre extrémité de la tige, ſe remarque une échancrure deſtinée à arrêter l'un des chefs de la ligature, pendant une partie de l'opération.

XIX. Le ſerre-nœud (*fig. III*) eſt une tige d'argent, terminée ſupérieurement par un anneau, où l'on

passe les deux chefs de la ligature, qui viennent ensuite s'attacher à une échancrure qu'offre l'extrémité inférieure de l'instrument. Le chirurgien doit avoir des serre-nœuds de longueur différente, suivant les diverses hauteurs auxquelles peut être implantée la base du polype.

XX. La préparation de l'appareil, est simple & facile. Elle consiste 1°. à réunir d'abord les deux demi-anneaux (*dd*), en poussant la canule sur les branches (*ee*) de la tige ; de-là résulte un anneau complet, dans lequel on passe l'un des chefs d'une ligature faite d'un fil ciré, peu tordu & long de deux pieds; 2°. à fixer ensuite l'extrémité de ce chef à l'échancrure (*f*) de la tige ; 3°. à faire passer le second chef de la ligature, qu'on a soin de laisser plus long que le précédent, dans la canule (*fig. 1*), & à l'arrêter inférieurement à l'un des anneaux de cette canule.

XXI. Tout étant ainsi disposé, on procède à l'opération de la manière suivante : la malade est couchée sur un lit élevé, les cuisses écartées l'une de l'autre, & assujéties par des aides. Si on craint que le polype, descendu dans le vagin, ne remonte pendant l'opération, on engage dans son extrémité inférieure le crochet d'une érigue qui, ensuite est confié à un aide; alors :

1°. Le chirurgien introduit les deux porte-nœuds, parallèlement l'un à l'autre, entre la tumeur & les parois du vagin, du côté où se rencontre le moins de résistance, & les fait glisser par de légers mouvemens latéraux jusqu'à la partie supérieure du pédicule; soit que le vagin, le museau de tanche, ou la matrice lui donnent insertion.

2°. Il détache le chef de la ligature fixée à l'anneau

de la canule, prend de la main gauche le porte-nœud (*fig. 11*) qu'il tient immobile, tandis que saisissant de la droire la canule, & lui faisant décrire la circonférence de la tumeur, il forme une anse autour du pédicule, avec le chef de la ligature qu'il a détaché.

3°. La canule ayant été ramenée vers le porte-nœud, le chirurgien change ces deux instrumens de main, les fait croiser de manière que le chef de l'anse, qu'entraîne après lui le premier, passe au-dessus de celui que le second retient. Ce premier chef arrêté ainsi, & par le second & par l'anneau (*d d*) du porte-nœud, ne peut descendre pendant qu'on retire la canule.

4°. On retire la canule & on détache le chef de la ligature qui est fixé à l'échancrure (*f*), & qui alors n'est plus retenu que par l'anneau (*d d*).

5°. Le chirurgien choisit un serre-nœud d'une longueur proportionnée à la hauteur du polype, & ayant introduit dans la l'anneau (*g*) les deux chefs libres de la ligature, il pousse l'instrument jusqu'à la partie supérieure du pédicule, où ces deux chefs se croisent.

6°. Il retire un peu en bas la canule du porte-nœud dont les branches (*ee*) s'écartent; l'anneau (*dd*) s'ouvre, laisse échapper le fil qu'il retenoit, & permet ainsi de retirer l'instrument devenu inutile.

7°. Le porte-nœud étant dégagé, on pousse encore en haut le serre-nœud, en même temps qu'on tire à soi les deux chefs de la ligature; & lorsque de cette manière, l'anse est suffisamment serrée, on fixe les deux chefs à l'échancrure du serre-nœud, qui reste dans le vagin jusqu'à la chute de la tumeur.

XXII. A mesure que le pédicule érranglé s'affaisse, & que l'anse devenu lâche n'exerce plus sur lui de

constriction, il suffit pour la resserrer, d'en détacher les chefs fixés à l'échancrure du serre-nœud ; & de procéder ensuite comme la première fois.

XXIII. On peut toujours, en employant ce procédé, reconnoître, soit le volume du pédicule de la tumeur, soit les progrès successifs de l'étranglement. En effet, si on connoît la longueur du fil destiné à la ligature, celle du serre-nœud, & celle de la portion des deux chefs de la ligature qui excède l'extrémité inférieure du serre-nœud ; il est évident que la grandeur de l'anse, & par conséquent le volume du pédicule, seront déterminés par l'excès de longueur du fil de la ligature sur la somme & de la longueur doublée du serre-nœud, & de la longueur simple de la portion des deux chefs excédant l'extrémité de cet instrument ; en sorte que si le fil est de deux pieds, le serre-nœud de six pouces, & l'extrémité des deux chefs de onze pouces, le pédicule du polype aura un pouce de circonférence. Si on connoît une fois le volume du pédicule, l'on déterminera ses étranglemens successifs, par la longueur qu'acquerront les deux chefs de la ligature, chaque fois qu'on la resserrera.

XXIV. Tel est, dans tous ses détails, le procédé de Desault pour la ligature des polypes de la matrice & du vagin. Si on rejette un coup-d'œil sur les différens inconvéniens attachés aux autres manières de faire cette ligature, on verra que la plupart de ces inconvéniens ne se rencontrent point dans celle-ci. Les instrumens qu'elle exige, ont tous les avantages communs à ceux faits sur la même base (XII), tels que ceux de David, d'Herbiniaux, &c.... avantages qui, comme nous l'avons vu, méritent en général à

ces inſtrumens une préference marquée ſur ceux de Levret. Ils ont encore des degrès de perfection particuliers que peut-être n'offrent pas les autres.

xxv. Si l'on emploie ceux-ci, en reſſerrant l'anſe de la ligature, quelquefois on la fait monter ou deſcendre ſur le pédicule qu'elle étrangle, inconvéniens également fâcheux : car, ſi elle remonte, la conſtriction déjà exercée inférieurement devient inutile ; ſi elle deſcend, la portion de pédicule compriſe entre l'étranglement primitif & celui exercé inférieurement, reſte en partie déſorganiſée après la chute de la tumeur, & entretient plus ou moins long-temps une ulcération incommode. Ici, au contraire, l'anſe étant pouſſée en haut par le ſerre-nœud, en même temps qu'on tire en bas les deux chefs qui ont ſervi à la former, elle reſtera néceſſairement immobile entre ces deux mouvemens oppoſés.

xxvi. Dans les autres procédés, les deux chefs de la ligature reſtant libres dans le vagin, pendant qu'on les porte autour de la tumeur, peuvent rencontrer une ſaillie, un repli, auxquels ils s'arrêtent, & qui faſſent manquer la ligature. Ici, le chef deſtiné à faire le tour du polype, eſt renfermé dans une canule qui le met à l'abri de l'inconvénient dont nous parlons. L'expérience avoit appris cet inconvénient à Deſault, qui l'éprouva en employant le premier procédé qu'il avoit imaginé. Ce procédé différoit de celui que nous avons décrit, en ce qu'au lieu d'employer pour conduire l'anſe autour de la tumeur, la canule (*fig. 1*), Deſault ſe ſervoit d'un porte-nœud ſemblable à celui (*fig. 11*). Lorſque l'anſe étoit formée, on paſſoit les deux chefs de la ligature dans le ſerre-nœud, qu'on faiſoit enſuite gliſſer vers le pédicule du polype. On

retiroit les porte-nœuds en ouvrant leurs anneaux; & lorſque l'étranglement étoit ſuffiſant, on fixoit, comme dans le cas précédent, les deux chefs à l'échancrure inférieure du ſerre-nœud. L'inconvénient que nous avons rapporté, proſcrivit de la pratique de Deſault l'un de ces porte-nœuds, auquel il ſubſtitua, comme nous l'avons vu, la canule (*fig. 1*).

XXVII. Aux avantages que préſente cette manière de lier les polypes, on peut ajouter ſans doute celui d'une grande ſimplicité, & dans les inſtrumens, & dans le procédé opératoire. De-là la facilité de ce procédé, qui a conſtamment réuſſi à Deſault, dans les occaſions fréquentes qu'il a eu de l'employer, d'examiner ſes réſultats, & d'en recueillir les obſervations.

XXVIII. Lorſque la tumeur a ſon ſiége dans le vagin près l'orifice inférieur de cette cavité, il eſt inutile ſouvent d'employer l'appareil des inſtrumens que nous venons de decrire. Le ſimple ſerre-nœud ſuffit alors. On enfile dans ſon anneau les deux extrémités de la ligature cirée, avec laquelle on forme une anſe où on tâche d'engager la baſe de la tumeur en l'y conduiſant, à l'aide des doigts indicateur & du milieu. Quand elle y eſt arrivée, on pouſſe en haut le ſerre-nœud, en tirant en bas le fil; la conſtriction s'opère; on aſſujétit ce fil à l'échancrure du ſerre-nœud, & le traitement rentre dans celui du cas précedent. Si le polype a ſon inſertion trop haut, on en ſaiſit l'extrémité inférieure avec une érigne, elle eſt tirée en bas. On gliſſe l'anſe le long de l'inſtrument juſqu'au pédicule de la tumeur qu'elle embraſſe.

§. III. *De la ligature des polypes du rectum.*

xxix. Les polypes du rectum se présentent sous trois aspects différens, selon le point de leur implantation. 1°. Situés quelquefois près la marge de l'anus, ils restent constamment au dehors; 2°. renfermés d'autres fois dans le rectum, ils en sortent par intervalle dans les efforts pour aller à la selle; 3°. ils peuvent être profondément implantés & rester constamment cachés dans l'intestin. La ligature n'offre pas dans ces trois cas les mêmes avantages. Desault lui associoit l'excision dans les deux premiers, il l'adoptoit exclusivement dans le troisième.

xxx. Dans le premier cas (xxix), prenez un fil de chanvre ou de soie, fort & ciré; formez une anse dans laquelle vous passerez deux fois le fil pour en faire un double nœud. Faites passer le polype dans cette anse que vous conduirez jusqu'à sa base, de manière même à y comprendre un peu de la peau sur laquelle il a pris naissance, afin d'être plus sûrement à l'abri de sa reproduction. Serrez fortement le nœud sans craindre de causer de la douleur; elle sera moindre par une grande constriction qui anéantira subitement l'influence nerveuse. Faites encore une fois le tour de la base de la tumeur avec les chefs de la ligature que vous fixerez par un nœud nouveau du côté opposé. Amputez alors la tumeur à une ligne au-dessus de la ligature; libre de toute crainte du côté de l'hémorragie & de la douleur, coupez les fils & appliquez sur l'endroit amputé, un peu de charpie soutenue par une compresse elle-même assujétie par un bandage en T. Par ce procédé on évite la gangrène de la tumeur,

&

& la lésion des parties voisines par la sanie qui s'en écouleroit ; la guérison est plus prompte, moins incommode à obtenir, & aussi assurée que par la simple ligature.

XXXI. Dans le second cas (XXIX), on peut attendre l'issue du polype que déterminent, par intervalle, ou les vives douleurs du malade, ou les efforts violens pour aller à la selle. Si cette issue n'est que partielle, ou qu'elle soit trop tardive, tirez au dehors la tumeur, soit avec le doigt, soit avec une érigne ; portez, sur sa base, une ligature, comme dans le cas précédent, avec la précaution d'y comprendre une portion de la membrane interne du rectum ; pratiquez ensuite la section. Un simple bistouri suffit si la base de la tumeur est à découvert ; mais, si en la tirant en bas, on ne peut l'amener au dehors, employez le coupe-bride ; glissez-en la gaîne jusqu'à cette base ; que vous engagerez dans l'échancture au-dessous de l'endroit où elle est liée ; poussez la lame, & faites la section. Ce procedé, lorsqu'il est possible, a d'autant plus d'avantage ici, qu'en laissant la tumeur dans le rectum après la ligature, le volume qu'elle acquiert d'abord avant de tomber, gêne singulièrement le malade, lui cause des tenesmes, des envies fréquentes d'aller à la garde-robe. La ligature préliminaire met à l'abri de l'hémorragie ; cependant si le fil étoit coupé dans la section, & que le sang donnât, le moyen indiqué à l'article des fistules à l'anus, suffiroit toujours pour l'arrêter.

XXXII. Dans le troisième cas (XXIX), la ligature est seule praticable, & ici elle ne diffère nullement, dans son exécution, de celle décrite à l'article des polypes de la matrice & du vagin (XX). L'emploi

de la canule, du porte-nœud, & du ferre-nœud, eft exactement le même. L'obfervation fuivante fournira un exemple du traitement à mettre en ufage alors.

OBS. I. Claude Viltard, laboureur, d'un tempérament fort & fanguin, fut habituellement fujet à des hémorroïdes externes fluentes, jufqu'à l'âge de trente ans. A cette époque elles s'enflammèrent à la fuite d'un coup, donnèrent naiffance à un dépôt, & par fuite à une fiftule qu'on opéra avec la précaution d'emporter toutes les dilatations variqueufes environnantes.

Guéri par-là de fes hémorroïdes & de fa fiftule, Viltard n'en eut d'autre reffentiment pendant un an, qu'une anxiété vers l'anus, aux époques où il éprouvoit un flux hémorroïdal. Au bout de ce temps, il reffentit des tenefmes & des épreintes, d'abord légers, & revenant par intervalle, bientôt plus fenfibles & plus rapprochés, qui enfin devinrent habituels. Des glaires fanguinolentes furent dès-lors toujours la fuite des efforts violens qu'il faifoit pour aller à la felle. Une conftipation conftante le fatigua. Le fentiment d'anxiété vers l'anus devint plus fenfible & plus incommode. Des envies fréquentes, mais ordinairement infructueufes d'uriner, furvinrent auffi. L'expulfion des matières fécales étoit gênée & douloureufe. Solides, elles offroient une forme concave & applatie, comme fi elles euffent été preffées entre les parois de l'inteftin, & un corps rond qui y auroit été contenu.

Tel étoit l'état du malade, lorfqu'il vint à l'Hôtel-Dieu confulter Default, à qui le récit des accidens qu'il éprouvoit, fit foupçonner l'exiftence d'un polype

du rectum. Il en acquit la certitude en portant le doigt dans l'anus, & à l'instant il proposa au malade d'en pratiquer la ligature, sans les préparatifs si souvent inutiles, qui précèdent la plupart des opérations.

Celle ci n'offrit de particulier que beaucoup de difficultes dans l'exécution : difficultés qui tenoient à la hauteur du polype implanté à six pouces au-dessus de l'anus, à son volume égal à celui d'un gros œuf, à plusieurs saillies que présentoit sa surface & qui gênèrent le passage des instrumens.

Le polype séparé au bout de huit jours tomba, réduit au tiers de son volume. Une mèche introduite alors dans le rectum, y fut entretenue pendant une quinzaine de jours, au bout desquels on n'apperçut plus de suppuration, & le malade fut entièrement guéri.

§. IV. *De la ligature des polypes des narines.*

XXXIII. La ligature des polypes des narines se pratique par des procédés essentiellement différens, suivant que la tumeur a son siége dans les narines antérieures ou postérieures.

XXXIV. La ligature des polypes des narines antérieures, est, avec l'arrachement, la seule manière méthodique de détruire ces tumeurs. Il est des cas où l'un de ces procedés convient exclusivement, d'autres où tous deux peuvent indifféremment être mis en usage; préférez en général la ligature à l'arrachement, 1°. chez les malades pusillanimes sur lesquels la crainte de la douleur que celui-ci doit produire, peut avoir une influence funeste; 2°. lorsque la tumeur offre d'un côté un pédicule étroit, accessible

à nos porte-ligatures; de l'autre côté un volume qui, remplissant toute la narine, le rend difficile à être saisi par les mords des tenettes; 3°. dans certains polypes sarcomateux dans lesquels l'irritation, effet de l'arrachement, pourroit produire de fâcheuses dégénérescences; 4°. dans quelques polypes muqueux, à pédicule, où il est à craindre que l'arrachement ne soit suivi d'une hémorragie inquiétante; 5°. lorsqu'après l'extraction de plusieurs de ces tumeurs, il s'en présente encore dans la narine déjà fatiguée par l'introduction trop fréquemment répétée des pinces; 6°. dans certains polypes qui, soutenus par un étroit pédicule, ont un prolongement en devant, & un autre en arrière, & qui, pour cela, ne peuvent être que partiellement arrachés, tandis que la ligature du pédicule, procure en un seul temps la chute de la totalité de la masse. Rejetez la ligature dans les cas où la tumeur a une large base, où le malade ne s'effraye point des instrumens, où le pédicule, trop profondément situé, est inaccessible au serre-nœud, où le polype offrant peu de volume peut facilement être saisi par les pinces, où l'on cherche à obtenir une prompte guérison, où rien ne paroît à craindre du côté de l'hémorragie ou de l'irritation de la membrane pituitaire. Dans les autres cas, employez indifféremment l'un ou l'autre procédé.

XXXV. La ligature des polypes des narines antérieures a varié singulièrement dans le mode de l'exécuter : ce qui est moins étonnant ici que dans les autres procédés opératoires, parce que la maladie elle-même est sujette à tant de variations, qu'à peine deux tumeurs polypeuses s'offrent-elles sous la même forme, le même volume, la même apparence. Les uns ont

porté ſimplement avec les doigts, la ligature ſur la tumeur préliminairement tirée au dehors avec une érigne ou des pinces; procédé le plus ſouvent impoſſible dans la pratique à cauſe de la profondeur de l'inſertion du polype & de l'étroiteſſe de l'ouverture, toujours peu sûr dans ſes réſultats, parce qu'il eſt difficile de porter ainſi le fil juſqu'à la baſe, & qu'une portion plus ou moins conſidérable reſte conſtamment non liée. Les autres forment, dans le milieu d'une longue ligature, une anſe à nœud coulant, font ſortir l'un des chefs de cette ligature par les narines poſtérieures & la bouche, laiſſent ſortir l'autre par les narines antérieures, portent l'anſe dans la foſſe nazale où eſt le polype, tâchent de l'y engager, tirent, lorſqu'ils y ſont parvenus, les deux chefs en ſens contraire, & ſerrent ainſi le pédicule. Le procédé eſt ingénieux; mais dans combien de cas eſt-il poſſible d'engager ainſi la baſe de la tumeur dans l'anſe? emploiera-t-on avec Heiſter une aiguille courbe, portée ſur un manche & terminée par une chape dans laquelle eſt enfilée la ligature qu'on porte ainſi autour de la tumeur? Par ce moyen on réuſſira peut être, lorſque le polype eſt voiſin de l'ouverture antérieure des narines; mais comment l'atteindre, lorſqu'il eſt profondément ſitué? Aura-t-on recours aux inſtrumens de Levret? Voyez ce que nous avons dit de leurs inconvéniens à l'article des polypes de la matrice (x & xi), & il vous ſera facile de juger que ces inconvéniens ſont également applicables ici.

xxxvi. Deſault avoit appliqué à la ligature des polypes du nez, l'appareil d'inſtrumens que nous avons expoſé (xvi & xxii). L'obſervation ſuivante nous offre l'exemple de ſa pratique en ce cas.

OBS. II. Marie Adans entra à l'Hofpice d'Humanité le 27 janvier 1791, pour y être operee d'un polype qu'elle portoit depuis long-temps dans la narine droite, dont les progrès avoient été d'abord peu rapides, mais qui depuis quelques jours avoit promptement augmenté; déjà la refpiration & la prononciation des fons fe trouvoient très-gênées; fituée en devant la tumeur repouffoit dans ce fens la paroi antérieure du nez qui formoit une faillie confidérable fur la face. Default ayant parcouru avec un ftylet les environs de la tumeur, trouva que libre de tout côté, elle avoit fa racine en haut, & en devant à la partie fupérieure de la paroi externe des foffes nazales, où elle tenoit par un étroit pédicule.

La ligature & l'arrachement pouvoient également débarraffer cette malade de fon polype. Mais l'averfion qu'elle avoit pour les inftrumens, la crainte exceffive où elle étoit de voir couler fon fang, firent préférer à Default le premier procédé.

La malade étant affife fur une chaife haute, la tête appuyée fur la poitrine d'un aide, il introduifit, le long de la partie antérieure de la tumeur & entre elle & la partie poftérieure du nez, la canule & le porte-nœud armés d'une ligature commune. Lorfqu'il fut parvenu au pédicule du polype, il confia le porte-nœud à un aide qui le tint immobile, tandis que lui prenant la canule, la porta d'abord entre la tumeur & la cloifon, entre elle & la paroi poftérieure, puis entre elle & la paroi externe, revint enfuite en devant, faifit le porte-nœud de la main gauche, croifa fur lui la canule qui, dans fon trajet avoit entraîné le fil & lui avoit fait décrire une anfe autour de la tumeur, retira la canule, laiffa ainfi un chef libre,

dégagea l'autre de l'échancrure du porte-nœud, les passa tous deux dans l'anneau du serre-nœud, qu'il poussa en haut, puis retira le porte-nœud, & finit par assujétir la ligature à l'échancrure du serre-nœud.

La tumeur d'abord augmentée de volume commença bientôt à s'affaisser, & nécessita le troisième jour le resserrement de la ligature dont cette seconde constriction suffit pour la faire tomber le septième jour. Quelques injections furent faites alors dans la narine, d'où suinta pendant quelques jours un peu de pus : le quinzième la malade sortit parfaitement guérie.

XXXVII. Les polypes qui sortent par l'ouverture postérieure des narines, ou qui ont leur insertion dans les parois de l'arrière-bouche, présentent en général les caractères de ceux des narines antérieures, dont ils ne sont le plus souvent qu'un appendice. Mais leur situation met entre eux & ces derniers, une différence essentielle, relative au traitement dont ils sont susceptibles. Situés dans une cavité profonde, cachés derrière un épais repli qui, presque toujours, nous dérobe leur base, placés au-dessus des parties dont la lésion seroit funeste, ces sortes de polypes ne peuvent presque jamais être emportés par d'autres moyens, que par la ligature; & si par fois l'arrachement avec torsion est possible, la douleur moins grande dans la ligature, la certitude d'éviter par elle une hémorragie incommode & peut-être dangereuse, assurent toujours à cette seconde méthode une supériorité marquée sur la première.

XXXVIII. Mais ici l'art n'est pas si riche en moyens de porter des ligatures, que dans les cas de polypes utérins ou des narines antérieures. Levret,

dont les recherches éclairèrent la théorie & le traitement des premières, voulut généralifer l'application de fes divers inftrumens, en les faifant fervir & aux polypes de la matrice & à ceux des narines & à ceux de la gorge. Mais leurs inconvéniens plus fenfibles encore dans le dernier, que dans les deux autres cas, les ont ici prefque entièrement exclus de la pratique; & l'auteur lui-même a eu plufieurs fois l'expérience de leur infuffifance. Brafdor, pour y fuppléer, imagina un procedé aujourd'hui affez en ufage. Un fil introduit dans la bouche par les foffes nazales, au moyen de l'inftrument de Bellocq, fert à conduire une anfe d'un fil d'argent fur la tumeur dont on étrangle la bafe avec le double tuyau de Levret. Si d'abord on ne réuffit pas à engager la tumeur dans l'anfe, un autre fil attaché à l'extrémité oppofée à celle où a été fixé le premier, fert à le retirer, & on recommence le procedé.

XXXIX. Mais l'inconvénient attaché en général à toutes les ligatures faites avec un fil d'argent, le défaut de conducteur de l'anfe, & par fuite la difficulté de l'opération, que le procédé même fuppofe, font contre ce procédé de grands préjugés, préjugés dont l'expérience confirme chaque jour la jufteffe. Si on vouloit l'employer, il faudroit le faire avec la modification fuivante : 1°. paffez dans la narine du côté de la tumeur, une fonde élaftique que vous ramenerez par la bouche; 2°. fixez au bout de cette fonde fortant par la bouche les deux chefs d'une ligature qui formera ainfi une anfe, dans laquelle un fecond fil fera paffé; 3°. faites retirer par un aide la fonde à travers les narines; conduifez en même temps l'anfe qui remonte entraînée par elle, fur la bafe de la tumeur,

en tenant ſes deux fils écartés avec les doigts portés dans le goſier; ſi une première tentative ne réuſſit pas, retirez l'anſe par la bouche au moyen du fil qui y eſt engagé, & recommencez l'opération; 4°. quand la baſe du polype ſera embraſſée, faites retirer la ſonde par le nez & avec elle les deux chefs de la ligature que vous engagerez dans le ſerre-nœud, lequel porté ainſi juſqu'à la tumeur, ſert à l'étrangler, par les conſtrictions ſucceſſives qu'on lui fait éprouver. Quoiqu'ainſi modifié, le procédé de Braſdor, ait, ſur la manière primitive de l'exécuter, les avantages précieux, d'une ligature de fil ſubſtituée à une d'argent, de ne pas néceſſiter une torſion pour ſerrer cette ligature, de ne pas laiſſer dans les narines un inſtrument ſi volumineux; cependant il eſt pluſieurs cas où ſon exécution eſt impoſſible, & où il faut recourir à une autre.

XL. Le haſard & l'inſuffiſance de ce procédé, en ſuggérèrent un à Deſault, qui paroît applicable à tous les cas, & dont l'expérience a aſſuré les avantages en pluſieurs occaſions. Il eſt fondé ſur la même idée que celui imaginé pour la ligature des polypes de la matrice. L'appareil plus ſimple encore & plus facile, comprend : 1°. une canule ſemblable à celle repréſentée (*fig. 1*), avec cette différence cependant, que la courbure qui le termine eſt plus marquée; 2°. un ſerre-nœud tel que celui que nous avons décrit; une ſonde élaſtique d'un très-petit calibre, & armée de ſon ſtylet; une ligature longue d'un pied & demi, & formée par deux fils cirés & cordés enſemble; une anſe d'un fil ſimple, longue d'un pied.

XLI. Tout étant ainſi préparé, on procède à l'opération de la manière ſuivante:

1°. On introduit dans l'une des narines antérieures la sonde élastique armée de son styler; on la porte derrière le voile du palais, & ensuite dans l'arrière-bouche, en relevant le manche. On en saisit l'extrémité & on la ramène en dehors après avoir retiré le stylet.

2°. Les deux extrémités de la sonde, sortant l'une par la bouche, l'autre par les narines, sont confiées à un aide, & l'on fixe à la première l'un des chefs de la ligature, & les deux bouts de l'anse.

3°. Le chirurgien reprend la sonde, la retire par les narines, & avec elle, les fils qui y sont attachés.

4°. Il détache les fils, les fait tenir hors du nez par un aide, qui fixe en même temps à la commissure des lèvres, l'anse sortant par la bouche avec un des chefs de la ligature qu'on laisse libre.

5°. Il passe ce chef dans la canule (*fig. 11*), qu'il fait glisser derrière le voile du palais jusqu'à la base du polype; portant ensuite tout autour de cette base, l'extrémité du porte-nœud, il décrit avec la ligature une anse, dans laquelle elle se trouve renfermée.

6°. Il prend l'anse retenue à la commissure, la fait passer sous le porte-nœud; & saisissant ensuite ses deux bouts qui sortent par les narines, il les retire à lui. L'anse tirée en haut, glisse le long du porte-nœud, rencontre à la base du polype le chef de la ligature qui a servi à la circonscrire, & l'entraîne avec elle en dehors ar les narines antérieures.

7°. On retire la canule devenue inutile; les deux chefs de la ligature sont passées dans l'anneau du serre-nœud, qu'on fait glisser sur le plancher des fosses nazales, jusqu'au pédicule du polype, qui est étranglé avec plus ou moins de force.

8°. Le serre - nœud resté dans les fosses nazales, sert comme dans les polypes de la matrice & du vagin, à resserrer chaque jour l'anse de la ligature, qui ne tarde pas à procurer la chute de la tumeur.

XLII. Ici, comme dans les cas de polypes utérins, il est toujours facile de déterminer & le volume de la base de la tumeur, & les progrès successifs de son étranglement. Le même moyen convient à l'un & à l'autre cas.

XLIII. L'instrument de Bellocq pouvoit ici trouver son application, & remplacer la sonde. Mais pourquoi embarrasser encore l'arsenal de chirurgie d'un instrument dont l'usage ne peut guère s'étendre au-delà du cas particulier dont il s'agit, tandis qu'avec un autre moyen indispensable dans beaucoup d'autres cas, on peut arriver au même but? Le grand art n'est pas d'inventer de nouveaux moyens, mais bien de généraliser l'application de ceux déjà connus.

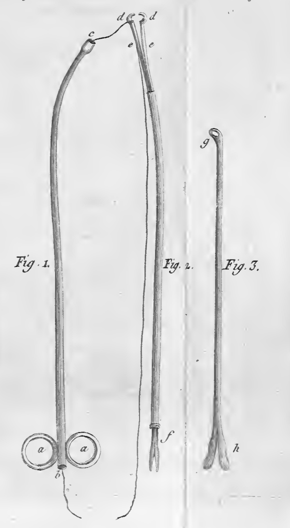
§. V. *De la ligature des polypes de l'oreille.*

XLIV. Les polypes de l'oreille présentent, relativement à leur forme & à la profondeur de leur insertion, des différences qui doivent influer essentiellement sur la manière de les lier. Lorsque la base de ces tumeurs est voisine de l'ouverture antérieure du conduit auditif, il suffit de former avec un fil ciré, une anse à nœud de chirurgien; le polype est engagé dans cette anse que l'on pousse ensuite jusqu'à la base, soit avec les doigts, soit avec une pince à anneau. Lorsqu'elle y est arrivée, les deux chefs sont tirés en sens contraire, en fixant l'un d'eux d'une main, & en faisant tourner l'autre autour des branches réunies de

la pince, qui l'ont préliminairement saisie. La constriction s'opère à volonté par ce moyen ; lorsqu'elle est suffisante, on retire la pince, & on abandonne la tumeur, qui ne tarde pas à tomber.

XLV. Si le polype est plus profondément implanté aux parois du conduit auditif, s'il est flottant dans ce conduit, & qu'il fuie pour ainsi dire devant la ligature, employez, pour le retirer en dehors, une érigne dont la pointe double l'accrochera, & que vous confierez à un aide ; faites glisser ensuite sur cette érigne l'anse d'un fil ciré, dont les deux chefs seront passés dans l'anneau du serre-nœud, & que vous conduirez par de petits mouvemens latéraux jusqu'à la base de la tumeur ; poussez alors le serre-nœud contre cette base ; retirez à vous le fil qui opérera ainsi la constriction, laquelle est maintenue au même degré en assujétissant les deux chefs à l'échancrure du serre-nœud.

XLVI. Lorsque le polype est implanté à la membrane du tambour, il seroit dangereux de le tirer ainsi en dehors avec une érigne. Le tiraillement de la membrane pourroit avoir de fâcheuses suites. Dans ce cas, si le volume de la tumeur n'est pas tel que la totalité du conduit en soit remplie, l'usage de la canule, du porte-nœud & du serre-nœud, peut trouver ici une avantageuse application, & alors le procédé ne diffère de la ligature des polypes de la matrice, qu'en ce qu'au lieu de porter les instrumens perpendiculairement, & de faire tourner dans cette direction, la canule autour de la tumeur, on les introduit, & on fait mouvoir la canule horizontalement. Voyez la description du procédé (XX-XXIII).



c
d
d
e
e
Fig. 1.
Fig. 2.
Fig. 3.
g
a
a
b
f
h

EXPLICATION

De la neuvième planche.

Fig. I. Canule deſtinée à porter la ligature autour de la baſe du polype.

a a. Anneaux fixés à l'extrémité inférieure de l'inſtrument.

b. Orifice inférieur.

c c. Orifice ſupérieur, terminé en larme.

Fig. II. Porte-nœud deſtiné à fixer la ligature à la baſe de la tumeur, pendant que la canule en fait le tour.

d d. Demi-anneaux formant, lorſque les branches ſont rapprochées, un anneau complet.

e e. Branches que leur élaſticité écarte, & que la canule, pouſſée ſur elles, rapproche.

f. Echancrure deſtinée à retenir le fil.

Fig. III. Serre-nœud.

g. Anneaux où ſont paſſés les deux fils pour former l'anſe.

h. Echancrure pour fixer le fil.

MÉMOIRE

Sur le traitement des ulcères variqueux.

§. Ier.

I. Il n'eſt pas de points de chirurgie ſur leſquels ſe remarquent plus de variations que ſur la claſſification des ulcères ; chaque auteur a eu, & ſes expreſſions pour les déſigner, & ſes caractères pour les diſtinguer. Au milieu de leurs diviſions multipliées, il eſt difficile ſouvent de reconnoître les ulcères variqueux. Il faut les aller chercher dans les ulcères calleux & phagédéniques des uns, dans les ulcères chironiens, & téléphiens des autres, dans les ulcères malins & invétérés de la plupart. D'où naiſſent ces manières ſi différentes d'enviſager le même objet ? Sans doute des opinions diverſes qu'ont eues les auteurs ſur leur nature. Ces opinions peuvent ſe rapporter à deux principales. Le plus grand nombre a regardé ces ulcères comme une affection ſymptomatique, indice d'un vice interne des humeurs ; quelques-uns les ont conſidérés comme une affection idiopathique & purement locale. On ſent combien ici ce point de doctrine doit influer ſur le traitement.

II. Ceux qui ont conſidéré les ulcères variqueux comme dépendant d'un vice interne, ſe ſont fondés principalement ſur la difficulté de les guérir, difficulté telle, qu'ils réſiſtent preſque conſtamment à tous nos moyens de traitement. On a cru que la nature s'ouvrait par eux un excrétoire, au moyen duquel

elle se débarrasse des impuretés d'un sang, trop épais selon les uns, trop fluide selon les autres, acrimonieux suivant le plus grand nombre. Les varices communément répandues sur leur circonférence, ont paru elles-mêmes être le dépôt d'une portion du sang, nuisible aux fonctions, que Galien & d'autres ont appelé les feces ou la lie du sang, & qui pour la santé doit être, selon eux, évacué par la suppuration des ulcères autour desquels il se ramasse. De-là l'opinion si généralement accréditée, que loin d'être un mal dans la vue de la nature, les ulcères variqueux sont au contraire une ressource qu'elle se ménage pour porter loin du centre de la vie, les substances delétères qui pourraient agir sur lui. De-là le précepte si universellement reçu de respecter ces espèces d'égoûts, dont la suppression ne peut manquer d'entraîner une foule d'inconvéniens, tels que la toux, la pleurésie, l'hémoptisie, le flux hémorroïdal, la dyssenterie, la douleur de reins, la folie, l'apoplexie, &c., suivant que la matière morbifique empêchée dans son évacuation se porte sur le poumon, les intestins, le cerveau, &c. De-là encore, dans le cas où on voudroit tenter la cure radicale, la précaution d'établir ailleurs un excrétoire artificiel, pour suppléer à celui que la nature avoit elle-même formé.

III. Il est des auteurs qui attribuent à une cause interne autre que celle que nous venons d'examiner, la permanence des ulcères variqueux. L'engorgement des jambes, presque constant qui les accompagne, les varices qui les circonscrivent, leur ont fait soupçonner un obstacle à la circulation, obstacle qu'ils ont attribué, tantôt à l'engorgement du foie ou de la rate, tantôt à l'obstruction des glandes du mésentère; de-là

la pratique de ces auteurs, qui ont cherché dans les fondans & les altérans la guérison de ces sortes d'ulcères.

IV. Les manières exposées ci-dessus (II & III) d'envisager les ulcères variqueux, portent l'une & l'autre sur un principe faux, savoir, que la maladie n'est que symptôme d'une autre affection plus grave. Il paroît au contraire, qu'absolument indépendante de toute espèce de vice interne, elle ne tient qu'à un relâchement local dans la partie, à une perte de ressort dans son systême veineux & lymphatique. Le traitement actuel de ces sortes d'ulcères prouve cette assertion. En effet, d'un côté on voit tous les moyens propres à augmenter ce ressort diminué, favoriser la cicatrisation de l'ulcère; & la compression, le plus puissant de ces moyens, déterminer presque toujours cette cicatrisation: d'un autre côté, l'on ne remarque point à la suite de la guérison de ces ulcères, ces métastases que les auteurs ont tant redoutées (II). La pratique de l'Hôtel-Dieu, pendant le temps que Desault y a exercé la chirurgie, n'en a jamais offert. D'ailleurs, on sait aujourd'hui que les varices sont un vice purement local. Or, elles seules entretiennent les ulcères dont nous parlons; en enlevant les unes on détruit les autres. Quelques-uns considérant que la saburre des premières voies agit toujours d'une manière marquée sur l'état des parties ulcérées qui prennent alors un aspect fongueux & sanieux, croient pouvoir établir sur cette remarque l'existence du vice interne. Mais qui ne sait que ce phénomène est commun à toutes les affections externes, qui reçoivent toutes constamment l'influence de la disposition bilieuse, & de tous les dérangemens gastriques?

Concluons

Concluons donc que dans la claſſification des ulcères, ceux-ci doivent être rangés parmi ceux qui ſont étrangers à toute eſpèce de cauſe interne.

V. Quelle que ſoit leur nature, les ulcères variqueux s'offrent ordinairement ſous l'aſpect ſuivant : conſtamment fixés à la partie inférieure de la jambe, vers les malléolles, ou au dos du pied, ils ont une étendue plus ou moins conſidérable, ſont en plus ou moins grand nombre, préſentent des bords durs, élevés, calleux, douloureux au toucher, avec couleur rouge-brune, qui ſe propage ordinairement aſſez loin à leurs environs. La jambe eſt le ſiége d'un engorgement habituel, engorgement qu'augmentent l'exercice ou la ſtation long-remps prolongés, que le repos diminue & efface même. Sur ſa circonférence s'obſervent de petites tumeurs variqueuſes, quelquefois iſolées, formant d'autres fois une ſérie non interrompue. Des ſurfaces ulcétées s'écoule une humeur ſanieuſe, par fois ſanguinolente, dont la quantité varie ſuivant une foule de circonſtances.

§. II.

VI. Le traitement des ulcères variqueux a varié comme l'opinion des auteurs ſur leur nature. On conçoit que la conſéquence naturelle de la perſuaſion où étoit le plus grand nombre, ſur un vice exiſtant dans la maſſe du ſang & entretenant ces ulcères, a dû être de combattre par des moyens généraux ce vice prétendu. Pluſieurs ſe ſont bornés à ces moyens, penſant qu'en enlevant la cauſe, l'effet ſeroit bientôt détruit; mais l'expérience ayant appris le contraire, on a cherché, après avoir purifié, comme on dit, les humeurs,

à combattre la maladie locale. Or, ici l'hiſtoire de l'art nous offre trois méthodes de traitement, 1°. les topiques; 2°. la deſtruction des varices: 3°. la compreſſion.

VII. Le choix des topiques a varié; les uns conſidérant qu'il y a toujours dans la partie un relâchement manifeſte, ont employé les ſpititueux, les ferrugineux, les bains froids, &c.: d'autres n'ayant égard qu'à l'engorgement de la jambe, ont penſé le détruire, en augmentant la ſuppuration; de-là la longue ſérie des onguents & emplâtres ſupuratifs: quelques-uns, pour s'oppoſer ſans ceſſe au développement des chairs fongueuſes qui couvrent le plus ſouvent l'ulcère, ont eu recours aux cathérétiques de toutes les eſpèces.

VIII. L'effet des moyens précédens, preſque toujours nul pour la guériſon, a fait rechercher des ſecours plus puiſſans contre les ulcères qui nous occupent. Les varices conſtamment ſituées à leurs environs, ayant paru être la cauſe de leur permanence, on a penſé, d'après cela, qu'en les détruiſant, l'ulcère guériroit bientôt. Or, trois moyens principaux ont été oppoſés aux varices, 1°. Ætius & Paul d'Ægine conſeillent d'emporter, par l'exciſion, ces tumeurs ſanguines. Le premier convient pourtant que cette opération cruelle, loin d'atteindre toujours ſon but, laiſſe ſouvent après elle un nouvel ulcère qui, lui-même devient incurable. Avicenne a fait la même remarque. Cette obſervation n'a pas échappé non plus à ceux des modernes qui ont exciſé les varices, & l'ouvrage de Bidloo, extrait par Manget, en offre un exemple frappant; 2°. pour épargner au malade une portion des douleurs toujours très-vives

dans cette opération, quelques praticiens ſe ſont contentés de faire la ligature au-deſſus & au-deſſous de la dilatation, & de les vider enſuite par une ſimple ponction; c'eſt la méthode qu'adopte Fabrice d'Aquapendente. Scultet qui l'avoit employée ſans ſuccès, la rejette abſolument; & en effet, les plaies qu'on eſt obligé de faire dans ce cas, quoique plus petites que celles de l'exciſion, ne guériſſent cependant que difficilement. Les varices reviennent preſque toujours; d'ailleurs les veines qui viennent ſe rendre dans le ſac variqueux, entre les deux ligatures, les rendent preſque toujours inutiles; & donnent lieu à une hémorragie ſouvent très-difficile à arrêter. Fabrice a eu occaſion de faire cette remarque dans ſa pratique. 3°. on a auſſi combattu les varices par le cauſtique & même par le cautère actuel. Celſe, qui propoſa d'inciſer la peau & d'appliquer le fer rouge immédiatement ſur les tuniques du vaiſſeau variqueux, paroît n'avoir jamais vu pratiquer cette opération, ou du moins il n'a pas une idée exacte de ſa manière d'agir, & Fabrice d'Aquapendente qui rapporte ſon opinion, prétend avec raiſon que le feu ne deſſeche point ſeulement la veine, mais qu'il la déſorganiſe entièrement, & forme une eſcarre dont la ſéparation ramène ou produit l'hémorragie.

IX. Le dernier moyen qu'on ait employé dans le traitement des ulcères variqueux, c'eſt la compreſſion. Les Arabes connoiſſoient en général ſes avantages pour les varices. Avicenne décrit un bandage compreſſif, qui doit s'étendre depuis la partie inférieure de la jambe juſqu'au genou. Cette méthode, que Fabrice d'Aquapendente, Scultet, Fabrice de Hilden, avoient probablement empruntée d'Avicenne,

eſt à-peu-près la même que celle que nous employons aujourd'hui ; mais les Arabes n'en avoient point tiré, pour les ulcères variqueux, tout le parti dont elle étoit ſuſceptible ; moins hardis & plus inexpérimentés que nous, ils n'oſoient en faire uſage, lorſque les varices étoient accompagnées d'ulcérations. Cependant la compreſſion des ulcères n'étoit pas une choſe nouvelle. Hippocrate en connoiſſoit les bons effets. C'eſt ſur l'autorité de cet illuſtre obſervateur que Paré appuie le précepte de faire ſur les ulcères, un bandage ſerré, qui cependant ne devoit s'étendre qu'à quelques pouces au-delà de l'endroit malade. Scultet & Fabrice de Hilden ont été plus loin ; ils ont adapté au traitement des ulcères variqueux, le bandage qu'Avicenne oppoſoit à la dilatation des veines & à l'engorgement des jambes. Les praticiens qui ſont venus enſuite ont négligé cette méthode ; & ſi Théden, qui de nos jours, l'a tirée de l'oubli, n'a pas le mérite de l'invention, on ne peut lui diſputer celui d'en avoir étendu l'uſage, & de nous avoir éclairés ſur ſa manière d'agir, & ſur les effets de la compreſſion.

x. Nous avons dit (IV) que le relâchement local de la partie étoit la cauſe de la permanence des ulcères variqueux ; d'où il ſuit que tout moyen propre à détruire ce relâchement, pourra efficacement combattre les ulcères. Or nul moyen ne remplit plus avantageuſement cette indication, que la compreſſion exercée ſur le membre & ſur l'ulcère lui-même. C'eſt le meilleur réſolutif que nous puiſſions employer ici, comme dans une foule d'autres affections externes. Deſault s'en ſervoit ſous ce rapport avec les plus grands ſuccès, dans un grand nombre de cas : par elle il étoit parvenu

à résoudre, comme nous l'avons vu, les skirrosités du rectum, à fondre les duretés de l'urètre, à faire disparoître une foule d'œdématies constamment rébelles aux topiques, à détruire un grand nombre d'engorgemens chroniques, tels que ceux de la membrane interne des intestins, dans les chutes de l'anus, dans les anus contre nature, &c. La plupart des hémorroïdes internes cédoient entre ses mains, au même moyen dont il avoit fait ici, avec Théden, la plus heureuse application, & dont il avoit obtenu de bien plus heureux résultats, que ce praticien qui ne paroît pas avoir assez observé l'influence de la compression sur les callosités des ulcères anciens. Ce symptôme se présente fréquemment dans la foule des malades qui viennent se faire traiter à l'Hôtel-Dieu de Paris, & cependant on n'y étoit jamais obligé d'avoir recours aux incisions, aux scarifications, aux caustiques, & autres moyens que proposent tous les auteurs & qu'emploient tous les praticiens. La compression seule, aidée de la propreté & d'un pansement méthodique, parvient constamment, & souvent en peu de jours, à détruire ces callosités.

XI. Ce n'est pas seulement comme moyen de guérison, mais encore comme moyen propre à empêcher le retour de la maladie, qu'il faut considérer la compression. Les bas de peau lacés, qu'on emploie ordinairement pour cet effet, après la cicatrisation, ne sont point une invention nouvelle. Ils étoient employés par Fabrice d'Aquapendente, Viseman, Scultet; & la peau de chien, connue pour être très-souple & très-élastique, étoit dès-lors, comme elle l'est aujourd'hui, consacrée à cet usage.

XII. L'observation suivante, en offrant un exemple

du succès obtenu par la méthode de traitement que nous proposons, présentera les détails de cette méthode, soit dans la manière d'appliquer le bandage, de panser l'ulcère, de le préparer à la compression, soit dans le traitement interne, qui doit quelquefois être simultanément employé.

OBS. (1). Marie-Elisabeth Ducoudtay, âgée de 60 ans, se rendit à l'Hôtel-Dieu de Paris, le 25 décembre 1790, pour une contusion assez légère à la cuisse. Cette femme avoit en même temps, à la jambe gauche, deux ulcères variqueux très-considérables, dont elle croyoit inutile qu'on s'occupât, attendu que des chirurgiens célèbres, après lui avoir donné pendant long-temps des soins infructueux, lui avoient annoncé que cette maladie étoit incurable. Elle consentit cependant à garder le repos, & se soumit au traitement qu'on lui proposa.

La malade portoit ces ulcères depuis dix-huit ans: ils étoient survenus, à la suite d'un engorgement considérable, vers l'époque de la cessation des règles. Ils étoient situés aux deux côtés de la jambe, au-dessus des malléoles; l'interne avoit six pouces de longueur, & trois lignes de profondeur; l'externe, plus profond encore, avoit une circonférence de huit pouces: les bords de l'un & de l'autre étoient durs & calleux. Il suintoit de leur surface une petite quantité de matière sanieuse & sanguinolente. Le volume, de la jambe & du pied, étoit d'un tiers plus considérable que dans l'état naturel. Ces parties étoient empâtées & parsemées de ces espèces de nodosités très-dures, qui accompagnent souvent les varices. La peau

(1) Recueillie par Bouillaud.

étoit d'une couleur brune & couverte de croûtes écailleuſes, reſtes non équivoques d'anciennes ulcérations.

Le premier jour, on remplit les ulcères de charpie mollette; &, afin de nettoyer plus aiſément la jambe & le pied, & d'en détacher les croûtes, on enveloppa ces parties avec un cataplaſme. On preſcrivit pour boiſſon une tiſane de patience & de fumeterre, & l'on ne permit, dans ce moment, que des alimens légers & en petite quantité. Dès le troiſième jour, la ſuppuration étoit abondante, plus épaiſſe, d'une couleur blanchâtre, & les bords des ulcères commençoient à s'amollir & à s'affaiſſer. Les cataplaſmes furent alors ſupprimés, & l'on employa la compreſſion. Pour cet effet, on couvrit les bords des ulcères avec des bandelettes de linge fin enduites de cérat, afin d'empêcher l'appareil de s'y coller; on appliqua enſuite de la charpie brute, ſur laquelle on ne mit qu'un ſimple linge, pour ſervir de compreſſe, & l'on fit ſur toute la partie, un bandage ſerré, avec une bande de ſix aunes, large de trois pouces. L'extrémité de cette bande fut fixée auprès des orteils par des circulaires. On fit ſur tout le pied, des doloires diſpoſés de manière que les tours de bande ſe recouvroient à-peu-près dans les trois-quarts de leur largeur. Le bandage fut continué de même ſur la partie inférieure de la jambe, & de-là juſqu'au genou, en obſervant de ſerrer également par-tout, & de faire des renverſés auſſi ſouvent qu'il étoit néceſſaire, pour que la bande fût appliquée exactement dans toute ſa largeur.

La malade ſupporta très-bien ce panſement, qui fut enſuite renouvelé tous les jours. Le lendemain, la ſuppuration étoit plus abondante & de meilleure

qualité. Elle avoit beaucoup diminué le douzième jour : les bords des ulcères étoient affaissés, presque au niveau du fond. On augmenta alors la quantité des alimens.

L'ulcère du côté interne fut cicatrisé le dix-huitième jour : celui du côté externe avoit diminué des trois-quarts, mais il ne fut guéri que vingt-deux jours après. Il se forma alors, sur la partie antérieure & inférieure de la jambe, une ulcération dont les progrès furent si rapides, que dans trois jours il y eut un ulcère de deux pouces de diamètre. Il s'en forma encore d'autres plus petits sur le dos du pied. Cet incident ne changea rien au traitement; & les nouveaux ulcères parcoururent les mêmes périodes que les deux premiers, mais beaucoup plus lentement, puisqu'ils n'étoient pas encore tout-à-fait cicatrisés, soixante-dix jours après leur apparition. A cette époque, la malade perdit l'appétit; la langue devint chargée & la bouche amère, comme il arrive presque toujours aux personnes qui gardent long-temps le repos, sur-tout lorsqu'elles respirent un mauvais air. Un grain de tartre stibié, dans une pinte de décoction de chiendent, avec l'oximel, suffit pour détruire cette disposition bilieuse : il procura des évacuations abondantes, & l'on vit bientôt reparoître, avec l'appétit, tous les signes d'une bonne santé.

Après trois mois & demi, la jambe & le pied avoient repris leur état naturel : il restoit seulement un peu de rigidité dans l'articulation, que quelques jours suffirent pour dissiper; la femme sortit guérie, le 122e. jour. On lui recommanda l'usage d'un bas de peau lacé, afin de prévenir l'engorgement auquel la jambe étoit disposée, & dont le retour ne pouvoit manquer de rouvrir les ulcères.

RÉFLEXIONS

SUR la rentrée de l'ongle du gros orteil dans les chairs.

I. Des caufes légères en apparence, donnent lieu fouvent dans l'économie animale, à de fâcheux accidens. Il eft peu de chirurgiens dans les villes, à qui la pratique n'ait offert quelques exemples de ceux occafionnés par l'ongle du gros orteil entré dans les chairs à la fuite d'une chauffure trop étroite.

II. Des douleurs très-vives, un gonflement plus ou moins confidérable, des fongofités formées fur le bord charnu qui recouvre l'ongle, par fuite la difficulté & même l'impoffibilité de marcher : tels font en partie ces accidens contre lefquels l'art n'a fouvent eu que d'impuiffans moyens.

III. Ces moyens ont confifté, tantôt à détruire par le cauftique, les excroiffances fongueufes, tantôt à amincir avec un verre la partie découverte de l'ongle, quelquefois à l'arracher entièrement; mais les fongofités renaiffent toujours à mefure qu'on les détruit ; l'aminciffement de la portion découverte de l'ongle eft inutile, puifque ce n'eft pas elle qui entretient la maladie ; l'ongle arraché fe reproduit, & avec lui renaiffent les accidens qu'on avoit cru détruire.

IV. L'indication curative eft évidemment dans ce cas, de tenir conftamment écartée des chairs, la portion d'ongle qui les a pénétrées, afin que la caufe ceffant, les effets funeftes qui en réfultent difparoiffent auffi. Fabrice d'Aquapendente rempliffoit cette

indication, en écartant d'abord avec une ſpatule l'ongle de la chair, puis en introduiſant dans leur écartement, un bourdonnet très-ſerré de charpie sèche. Il coupoit enſuite, & arrachoit peu à peu la partie qui étoit entrée dans les chairs. Ce procédé a eu des ſuccès entre les mains de ſon auteur; mais il eſt long, très-douloureux & ne peut pas toujours être mis en uſage.

Deſault imagina un moyen plus ſimple, moins gênant, dont les réſultats, preſque toujours heureux, ont prouvé l'avantage, & qu'on nous ſaura gré ſans doute de préſenter avec quelques détails dans l'obſervation ſuivante.

OBS. E. Dol**, âgée de 18 ans, étoit dans l'habitude de porter une chauſſure très-étroite. Pluſieurs cors aux doigts du pied en avoient été l'effet, lorſqu'en mars 1795, il lui ſurvint, à la ſuite d'un bal, un gonflement conſidérable au côté interne du gros orteil gauche. Tous les ſymptômes inflammatoires accompagnoient ce gonflement, qui d'abord parut céder au repos. Mais quelques jours après, E. Dol**. ayant fait de l'exercice, il reparut, moins douloureux & plus petit que la première fois. Elle y fit peu d'attention, continua de porter ſes ſouliers ordinaires, & même de courir tous les jours.

Cependant les chairs tuméfiées, étant comprimées par le ſoulier, & ne pouvant s'étendre ſur les côtés, ſe déjetèrent inſenſiblement ſur l'ongle qui pénétra dans leur tiſſu, y détermina de l'irritation, & bientôt des douleurs aiguës. Dès-lors la malade ne put que difficilement marcher; les parties s'excorièrent; un ſuintement purulent s'y établit; des fongoſités s'y élevèrent; le moindre contact y occaſionnoit une hémorragie.

Un chirurgien eut recours alors aux moyens ordinaires. Il brûla les excroissances, amincit avec un verre la partie de l'ongle qui étoit découverte, & enveloppa le tout d'un emplâtre. Ce traitement ne fut suivi d'aucun succès; le gonflement augmenta; les fongosités toujours renaissantes à mesure qu'on les détruisoit, laissoient échapper un suintement plus abondant. Les douleurs s'accrurent, gênèrent les mouvemens au point de forcer la malade à garder le lit, devinrent habituelles & par fois si aiguës, que des mouvemens convulsifs en étoient la suite. Les adoucissans & les calmans furent employés; dans les crises violentes, on aidoit par l'opium, leur action impuissante. Enfin on proposa d'arracher l'ongle. E. Dol**. alloit se soumettre à cette opération cruelle, lorsque des affaires l'ayant amenée à Paris, elle vint y consulter Desault qui, voyant que l'ongle entré dans les chairs, occasionnoit les accidens, jugea qu'ils disparoîtroient, si l'on pouvoit en détruire la cause. Pour y parvenir, voici le moyen auquel il eut recours.

Il prit une lame de fer-blanc, longue d'un pouce & demi environ, large de trois à quatre lignes, en introduisit l'extrémité, légèrement recourbée, entre les chairs tuméfiées & le bord de l'ongle qui y avoit pénétré, souleva ensuite l'ongle, en déprimant les chairs qui servirent de point d'appui à la lame, & qu'il avoit recouvertes pour les garantir d'une petite compresse enduite de cérat; puis recourbant la lame de dedans en dehors, de manière à ce qu'elle embrassât exactement le bourrelet saillant formé par les chairs, il la maintint dans cette position par une bandelette de linge roulée autour du gros orteil. Tout le pied fut ensuite recouvert d'un large cataplasme.

Un double avantage réſultoit de ce moyen. 1°. En tenant l'ongle continuellement écarté des chairs, il empêchoit leur irritation, & par-là même les accidens nerveux qui en dépendoient; 2°. en exerçant ſur les excroiſſances fongueuſes une compreſſion habituelle, il tendoit à les faire peu à peu diſparoître.

Des douleurs aſſez vives ſuivirent cette opération elle-même très-douloureuſe. Mais la malade habituée à en éprouver de plus fortes, les ſupporta avec conſtance. Elles s'appaisèrent pendant la nuit où il ſurvint à tout le pied un gonflement, accompagné d'un ſentiment de fourmillement incommode propagé juſqu'au genou.

Le lendemain, la lame fut ôtée pour le panſement, la compreſſe changée, & on replaça le même appareil. Les douleurs déjà moins aiguës, diminuèrent pendant le jour. Le gonflement s'arrêta, diminua enſuite; au bout du ſixième jour il n'en reſtoit aucune trace. Avec lui diſparurent les douleurs dont il ne revint plus que quelques reſſentimens, à des intervalles éloignés. On vit bientôt que les fongoſités s'affaiſſoient, & que le ſuintement devenoit moins abondant. Le 17e. jour, E. Dol**. commençoit à marcher. Le 30e. elle marchoit ſans gêne, & ne conſervoit nul reſſentiment de ſes douleurs. Chaque jour voyoit diminuer le bourrelet des chairs. Il fut diſſipé au deuxième mois; cependant on jugea encore néceſſaire l'uſage de la lame, de peur que délivrées trop tôt de la compreſſion, les chairs ne s'engorgeaſſent de nouveau.

REMARQUES
ET
OBSERVATIONS

Sur l'amputation des membres.

§. Ier.

1. Il eſt des cas dans la pratique de la médecine, où la certitude de la mort, autoriſe des moyens qui trop ſouvent ne laiſſent que la probabilité de la vie ; telles ſont en général toutes ces maladies externes qui plaçant l'homme entre les dangers de ſon état, & les haſards d'une grande opération, ne lui laiſſent que la reſſource de s'expoſer à ceux-ci, pour ſe ſouſtraire aux premiers. Telles ſont en particulier ces affections, où la conſervation du tout, dépend de la ſouſtraction d'un membre. Mais ici, plus que dans tout autre cas, il faut qu'une ſage lenteur préſide à l'emploi de ces moyens. L'amputation eſt une reſſource extrême, où les revers qu'on éprouve effacent ſouvent les ſuccès qu'on obtient, où ces ſuccès mêmes, toujours achetés à un prix terrible, nous impoſent la loi de ne les tenter, que lorſque tout autre ſecours a été épuiſé ; l'art eſt ici preſque toujours meurtrier, quand il veut trop tôt devenir ſalutaire. Ce fut la maxime conſtante de Deſault, qui ſe bornoit, avant d'amputer, à une médecine longuement expectante, & qui éprouva toujours d'heureux

effets de cette conduite. Que de malades marchent aujourd'hui jouiſſant de tous leurs membres, qui languiroient mutilés, ſi des principes contraires l'euſſent dirigé. Telle eſt cependant trop ſouvent la marche des accidens, que bientôt l'amputation reſte, ſeul & unique obſtacle à leur oppoſer. Or dans ce cas, préſentons la pratique de Deſault miſe en action dans les deux obſervations ſuivantes.

OBS. I. *Amputation circulaire de l'avant-bras* (1). Le 1er. décembre 1789, Nicolas Tubeuf, âgé de 20 ans, tomba ſur le poignet gauche, fléchi dans la chute, de manière a opérer une diſtention violente dans l'articulation. Cet homme ſouffrit peu pendant les premières heures; mais le lendemain, le gonflement & la douleur le forcèrent à ſe rendre à l'hôpital de la Martinique, où l'on employa ſucceſſivement divers remèdes, dont la conſtante inſuffiſance détermina enfin à le renvoyer en France.

Pendant la traverſée il ſe forma, entre le premier os du métacarpe & le radius, un dépôt par congeſtion, qui ne fut ouvert qu'après le débarquement, & ne rendit qu'une ſanie verdâtre. L'ouverture demeura fiſtuleuſe : elle l'étoit encore, lorſque le malade vint à l'Hôtel-Dieu, le 2 juin 1790; huit mois après la chute. On remarquoit en même temps, autour de l'articulation, un engorgement lymphatique, conſidérable & très-douloureux.

On employa d'abord les cataplaſmes avec le ſel ammoniac & les bains de décoction de feuilles de noyer, aiguiſées de deux gros par pinte de cendres gravelées. Ces remèdes parurent produire quelques bons

(1) Recueillie par Derrecagaix.

effets; mais au bout de quelque temps la fièvre survint; le pus devint abondant & sanieux, & malgré les émétiques & les purgatifs, acquit une telle acrimonie, qu'il détruisit une portion considérable de la peau, & mit à nu plusieurs os du carpe.

Alors on transporta le malade à l'hôpital Saint-Louis, placé hors de la ville, environné de jardins, & où, par conséquent, l'on respire un air plus salubre qu'à l'Hôtel-Dieu. Rien n'y fut changé au traitement; seulement on mit à découvert une grande partie de la carie des os du carpe, en ouvrant avec la pierre à cautère, plusieurs dépôts formés aux environs de l'articulation. Les glandes de l'aisselle & du col s'étaient engorgées vers la fin du séjour que le malade avait fait à l'Hôtel-Dieu. Une de ces dernières, voisine de la veine jugulaire, avait même suppuré. Cet engorgement cessa bientôt, & l'ulcère du col se cicatrisa; mais la maladie du poignet alla toujours en augmentant. Les douleurs, devenues extrêmement vives, ne laissèrent plus au malade un instant de repos, & le jettèrent bientôt dans une espèce de marasme. Son visage devint pâle & plombé, & le mouvement des doigts cessa totalement. Dans cet état, on ne pouvoit espérer de lui conserver la vie, que par l'amputation, qu'il sollicitoit depuis long-temps. Desault, jugeant qu'on ne pouvoit plus la différer, fit ramener le malade à l'Hôtel-Dieu, où on le prépara pendant une quinzaine de jours, par l'usage des boissons un peu amères & de l'émétique donné en lavage, & l'opéra enfin, le 16 avril 1792.

Le malade, tourmenté depuis long-temps par des douleurs atroces, se transporta presque gaiement à l'amphithéâtre, où on le fit asseoir sur une chaise

ordinaire. Un aide fut chargé de tenir la main à la hauteur convenable, & dans une ſituation moyenne, entre la pronation & la ſupination; un autre aide ſoutint l'avant-bras, qu'il embraſſoit avec les deux mains, en retirant la peau vers le coude; un troiſième aide vigoureux & attentif ſe chargea de contenir le ſang, en comprimant l'artère avec les doigts à la partie ſupérieure du bras.

Tout étant diſpoſé, 1°. Deſault prit de la main droite un couteau droit, à un ſeul tranchant, à lame étroite & de moyenne longueur; puis, ſoutenant l'avant-bras avec la main gauche, il inciſa la peau par deux ſections demi-circulaires, un pouce & demi au deſſus de l'articulation, lieu où elle était ſaine. 2°. Il la releva enſuite, en coupant les portions du tiſſu cellulaire qui la fixoient aux parties ſubjacentes. 3°. Après cette eſpèce de diſſection, il coupa juſqu'aux os le reſte des parties molles, en faiſant deux nouvelles inciſions, deux pouces plus haut qu'il n'avoit fait la ſection de la peau. 4°. On acheva de diviſer les parties molles qui avoient échappé à la ſection circulaire, en paſſant entre les deux os le couteau, que l'étroiteſſe de ſa lame rendoit propre à ſervir de *couteau interoſſeux*. 5°. Lorſqu'on eut coupé toutes les parties molles, on releva les chairs au moyen d'une compreſſe fendue en trois, dont on fit paſſer le chef moyen entre le radius & le cubitus; 6°. on diviſa alors le périoſte & les portions de muſcles qui reſtoient encore, avec un couteau à lame courte & très-forte, & l'on ſcia les deux os en même temps près de la compreſſe, environ à trois pouces & demi de leur articulation; 7°. on ratiſſa les aſpérités avec le même couteau qui avoit ſervi

à

à couper le périoste; on ôta la compresse, & l'on fit suspendre un instant la compression de l'artère radiale, afin d'appercevoir les vaisseaux coupés. 8°. Un jet de sang assez fort fit d'abord remarquer l'artère radiale, qu'un aide saisit avec des pinces à disséquer, & qui fut liée avec un fil double ciré. 9°. On fit de la même manière la ligature de la cubitale & de l'interosseuse. Une quatrième artère plus petite, qui se trouvoit dans l'intervalle des muscles fléchisseurs des doigts, ne fut liée qu'avec un fil simple, que l'on coupa près du nœud. Le malade n'avoit pas perdu plus de quatre onces de sang. 10°. Lorsqu'on eut nétoyé la plaie & les parties tachees de sang, on porta les ligatures au côté interne du moignon, vers le cubitus; & on les couvrit d'un linge, afin qu'elles ne pussent se confondre avec la charpie. 11°. Desault ramena ensuite en bas la peau & les muscles, qu'il retint dans cette position au moyen d'un bandage modérément serré, fait avec une bande de trois aunes, large de trois travers de doigts, dont il couvrit de haut en bas, la partie inférieure du bras, & ce qui restoit de l'avant-bras, jusqu'au bout du moignon. Il avoit d'abord affronté la peau, en la rapprochant de devant en arrière. Pour conserver ce rapprochement, il plaça de chaque côté un gâteau de charpie brute, comme on le feroit pour une plaie simple que l'on voudroit réunir. 12°. On termina le pansement, en faisant sur le bout du moignon une espèce de coussin de charpie mollette, que l'on soutint avec deux compresses longuettes, placées en croix, & simplement fixées par une portion de la bande, qui restoit encore à employer.

Le malade, après avoir supporté cette opération avec un courage extraordinaire, retourna à pied à son

lir, fut couché sur le dos, le coude un peu fléchi, & le bout du moignon légèrement élevé sur un oreiller. Il s'endormit peu d'instans après pour ne se réveiller que le soir.

Les muscles & les tendons, qui se trouvent à la paume de la main, étoient décomposés & réduits en une masse uniforme, de la consistance du lard. Les os de l'avant-bras étoient gonflés & un peu ramollis jusqu'à 3 pouces au-dessus de leur articulation. D'après cet état, il ne resta point de doute sur la nécessité de l'amputation.

Le soir, le malade n'avoit ni fièvre, ni douleur; il se plaignoit seulement d'un engourdissement qu'il rapportoit aux doigts de la main amputée. Le lendemain, on repansa la plaie, & l'on arrosa l'appareil avec l'eau végéto-minérale; ce que l'on continua de faire les jours suivans. Il ne survint pas le moindre gonflement au moignon; la plaie se réunit en peu de jours. On apperçur seulement le cinquième, un peu de suppuration, qui se faisoit le long des ligatures. Dès le quatrième jour, on avoit permis une soupe; on donna des alimens solides trois jours après. Les ligatures tombèrent le 7e & le 9e. Depuis ce moment, le peu de suppuration qu'il y avoit diminua de jour en jout. Le malade se fortifia & reprit de l'embonpoint. La cicatrice fut solide le 22e jour, & cet homme sortit de l'hôpital six jours après.

OBS. II. *Amputation de cuisse à lambeau* (1). François Canaple étant encore enfant, eut l'articulation de la jambe droite violemment distendue dans une chute sur le genou. Le gonflement & la douleur

(1) Recueillie par le même.

furent bientôt tels, qu'on ne vit d'autre ressource que l'amputation. Mais les parens s'y refusèrent. Ils pansèrent l'enfant avec des cataplasmes émolliens; quelque temps après, il se forma un dépôt qui s'ouvrit en plusieurs endroits autour de l'articulation. Les ouvertures, restées fistuleuses, donnèrent dans la suite issue à plusieurs esquilles, résultantes de l'exfoliation des condyles du fémur, & le malade parut guéri, trois ans après le premier accident. Le genou avoit alors presque repris son état naturel; il ne restoit de la maladie, que quelques élancemens dans l'articulation, au renouvellement des saisons, & sur-tout dans les temps humides. Canaple vécut ainsi jusqu'à l'âge de 45 ans. A cette époque, vers le commencement du printemps de 1791, les douleurs se manifestèrent avec beaucoup plus de violence que de coutume; il survint un gonflement considérable au genou; la jambe se fléchit sur la cuisse, & il ne fut plus possible de l'étendre. On appliqua alors des cataplasmes émolliens sur toute l'articulation. Les anciennes cicatrices, au nombre de sept, se rouvrirent & donnèrent issue à une sanie abondante & fétide. Enfin, ce malheureux, voyant son état empirer de jour en jour, se fit apporter à l'Hôtel-Dieu, au mois de mai 1791.

On remédia d'abord au mauvais état des premières voies, au moyen d'un grain de tartre stibié, qu'on lui fit prendre peu à peu dans une pinte de boisson, & qui l'évacua copieusement. On n'appliqua, sur l'articulation, d'autre topique qu'un cataplasme émollient, qui procura un peu de calme & ramena le sommeil, dont le malade étoit privé depuis longtemps. Au bout d'un mois, il ne restoit plus que deux

fistules. Cependant les progrès de la maladie ne se bornoient point, & le gonflement de l'articulation alloit toujours en augmentant. L'on employa inutilement les cataplasmes saupoudrés de sel ammoniac, qui réussissent quelquefois dans ces sortes d'engorgemens lymphatiques. L'emplâtre de gomme ammoniaque, dissoute par le vinaigre, produisit plus d'effet. Son usage fut suivi d'un dégorgement sensible, qui permit de reconnoître au fémur, un gonflement considérable jusque vers sa partie moyenne. Cependant le malade continuoit d'éprouver des douleurs violentes, qui bientôt ne lui laissèrent plus un instant de calme. Cet état & l'espèce de marasme qui l'accompagnoit, faisoient craindre une mort très-prochaine, à laquelle on ne pouvoit plus espérer de soustraire ce malheurex que par l'amputation de la cuisse, qu'il sollicitoit lui-même depuis long-temps. On s'y détermina enfin, après avoir épuisé pendant huit mois toutes les ressources de l'art.

On prépara le malade pendant quelques jours par le régime & une boisson abondante, & Desault pratiqua l'opération, le 7 janvier 1792, de la manière suivante.

1°. Le malade fut placé presque assis, sur un lit destiné à ces sortes d'opérations, & assez bas pour que la cuisse malade, située horisontalement, se trouvât à une hauteur commode pour le chirurgien : un aide fut chargé de faire, au moyen d'une pelotte, une compression sur l'artère crurale, au-dessous du ligament de fallope. 2°. Tandis que d'autres aides fixoient le malade, Desault, placé au côté droit, & tenant embrassées avec la main gauche toutes les parties molles du côté interne de la cuisse, au-dessus de

ſon tiers ſupérieur, lieu où finiſſoit l'engorgement du fémur, traverſa ces parties avec un couteau droit, qu'il enfonça au-devant de l'os, & dont il fit ſortir la pointe à la partie poſtérieure de la cuiſſe, en la faiſant gliſſer ſur le fémur: 3°. puis, en coupant obliquement en bas, il forma un lambeau d'environ quatre pouces de longueur, dans lequel furent compris une portion du muſcle crural, le vaſte interne, les vaiſſeaux & les nerfs fémoraux, les adducteurs, le couturier, le grèle interne, le demi-membraneux & le demi-nerveux. 4°. Alors, en renverſant ce lambeau, un aide ſaiſit avec des pinces à diſſéquer l'artère & la veine fémorale, & on les lia avec un ruban formé de quatre brins de fil cirés. On lia de même le tronc de la perforante ou petite fémorale. 5°. Le chirurgien fit enſuite, de la même manière, le lambeau externe, en y comprenant le reſte du muſcle fémoral, le muſcle droit antérieur, le vaſte externe & le biceps. 6°. Lorſqu'on eut relevé ces deux lambeaux, au moyen d'une compreſſe fendue, dont on croiſa les deux chefs ſur les parties ſaines, on coupa le plus haut qu'il fut poſſible, avec un couteau mouſſe, les parties molles qui avoient échappé aux deux premières ſections, ainſi que le périoſte, & l'on ſcia le fémur contre la baſe des lambeaux. Le malade ne pouſſa que deux cris pendant toute l'opération, l'un à la ſection du nerf ſciatique, & le ſecond, lorſque la ſcie fut parvenue à la cavité de l'os. 7°. Après avoir détruit avec le couteau mouſſe, les inégalités qui ſe trouvoient à la circonférence de la ſection du fémur, on lia deux artères muſculaires externes, aſſez conſidérables, avec un fil ciré double, & deux autres petits vaiſſeaux, avec des fils ſimples. 8°. On rapprocha exactement les lambeaux,

& on les maintint en contact, en plaçant de chaque côté beaucoup de charpie mollette. 9°. On acheva ensuite de garnir de charpie toute l'extrémité du moignon. 10°. On croisa par-dessus deux compresses longuettes, & l'on soutint le tout avec une bande longue de six aunes, avec laquelle on couvrit de doloires & de renversés le reste de la cuisse, en faisant passer quelques jets sur l'extrémité du moignon, & quelques autres autour du bassin.

Le malade fut couché sur le dos, l'extrémité du moignon un peu élevée, au moyen d'un coussin. Un aide se chargea de faire avec les mains, pendant quelques instans, une légère compression sur le bout du moignon, & sur le trajet de l'artère crurale.

La dissection des parties amputées ne laissa point de doute sur la nécessité de l'opération. La peau, le tissu cellulaire, les tendons, les aponévroses & les muscles, depuis le tiers supérieur de la jambe, jusqu'au tiers supérieur de la cuisse, étoient confondus & réduits en une substance couenneuse, semblable à du lard. Dans cette masse, on remarquoit plusieurs trajets fistuleux qui, de l'extérieur du membre, alloient se rendre dans l'intérieur du fémur, & d'où s'échappoit une substance fongueuse qui se confondoit avec les parties molles décomposées. On ne distinguoit plus de périoste; le fémur, dans sa partie inférieure, étoit au moins d'un tiers plus volumineux que dans son état naturel, ramolli dans cet endroit, & parsemé d'un très-grand nombre d'aspérités. Les condyles étoient en partie cariés, soudés en partie avec le bord antérieur des surfaces articulaires du tibia, presque entièrement luxé en arrière. La rotule étoit portée au côté du condyle externe, avec lequel elle étoit soudée.

Enfin l'intérieur de l'articulation présentoit à-peu-près le même désordre & la même confusion que l'on remarquoit extérieurement.

Le malade ne se plaignit pendant le reste de la journée, que d'un engourdissement, qu'il rapportoit au pied & au genou amputés. La nuit suivante & le lendemain se passèrent dans le plus grand calme. Le troisiéme jour on leva l'appareil, & l'on trouva les lambeaux réunis, à l'exception de leurs bords qui étoient en suppuration. On les tint plus exactement rapprochés au moyen d'emplâtres agglutinatifs. On plaça de nouveau, autour du moignon, beaucoup de charpie, que l'on arrosa d'eau végéto-minérale, & l'on acheva le pansement comme la première fois.

Le 5ᵉ jour, le peu de suppuration qui exudoit à l'endroit des ligatures & sur les bords de la plaie, étoit d'une bonne qualité.

Plusieurs ligatures tombèrent le 9ᵉ jour, & la dernière fut entraînée le 13ᵉ, en levant l'appareil. La suppuration entretenue jusqu'alors par leur présence, fut tarie trois jours après, & il ne restoit plus le 22ᵉ jour, au bout du moignon, qu'une plaie ovalaire d'environ quinze lignes dans son plus grand diamètre. Elle diminua rapidement jusqu'au 34ᵉ jour, elle n'avoit plus alors que six lignes; mais la cicatrice fit dans la suite des progrès beaucoup plus lents, probablement à cause de la mauvaise constitution du malade & des écarts dans le régime. La plaie ne fut même totalement fermée que le 96ᵉ jour de l'opération. L'os n'avoit cependant jamais été découvert & ne s'étoit point exfolié sensiblement. Les extrémités des lambeaux s'étoient collées sur le bout du fémur enfoncé

dans le centre du moignon, & recouvert de près d'un pouce de parties molles. La lenteur de la cicatrice n'avoit pas empêché le malade de reprendre de l'embonpoint. Il sortit enfin de l'hôpital trois mois & demi après l'opération, aussi bien portant qu'il fût possible, & marchant aisément avec une jambe de bois.

§. II.

II. Les deux observations précédentes, offrent le tableau des procédés opératoires que suivoit Desault dans les deux modes d'amputer, aujourd'hui les plus généralement adoptés dans la pratique. Revenons sur les détails de ces procédés, sur ceux sur-tout qui lui appartiennent, en considérant ces détails avant, pendant & après l'opération.

III. Avant l'opération il faut, 1°. placer le malade dans une situation convenable; 2°. suspendre le cours du sang dans le membre à amputer. Les règles de la position, variées suivant les diverses parties, sont généralement connues. Les praticiens ne s'accordent pas également sur les moyens d'arrêter le sang. La ligature & la compression peuvent également remplir ce but; mais ici les dangers, la difficulté, les douleurs & l'insuffisance de l'une l'ont depuis long-temps exclue de la pratique, où l'autre est restée seule, pratiquée tantôt avec une pelotte ou le seul doigt d'un aide, tantôt avec le garrot ou les diverses espèces de tourniquets. Quels sont les avantages & les inconvéniens respectifs de ces moyens?

IV. 1°. On peut avec la pelotte ou le doigt d'un aide, exercer la compression dans tous les endroits où il est nécessaire d'appliquer ce moyen. Leur usage est

généralement appliquable. Emploie-t-on au contraire les tourniquets ou le garrot? l'on ne peut s'en servir au-dessus de la clavicule, sous l'aisselle; leur usage est difficile au jaret, à la jambe, à l'aîne; il faut qu'à chacun de ces endroits, on leur donne une forme différente; il faudroit à l'aisselle & sur la clavicule une espèce de corset pour les assujettir, un bandage en forme de brayer à l'aîne, &c.... On conçoit l'inconvénient de la multiplicité de ces machines. 2°. On peut, en quelque endroit que l'on se trouve, se procurer la pelotte, & la faire soi-même. Au contraire, vous n'avez pas toujours le tourniquet sous la main; que quelque chose s'y dérange, nouvel embarras pour l'opération. 3°. La pelotte ou le doigt de l'aide n'exercent de compression que sur le vaisseau où le cours du sang doit être suspendu. Le garrot ou le tourniquet répartissent au contraire la compression sur tout le membre; par-là ils gênent & empêchent la rétraction musculaire, rendent inégale la section des chairs; l'action des lacs peut meurtrir & contondre les parties; distribuée à plus de surface, la compression est moins efficace sur l'endroit où il faut réellement l'exercer; 4°. s'il faut cesser instantanément la compression pour lâcher le sang, ce temps de l'opération est plus rapide par l'emploi de la pelotte que par celui du tourniquet ou du garrot; 5°. dans un grand nombre de cas, le moindre mouvement peut déranger ces moyens mécaniques, & troubler l'opérateur, qui est obligé d'interrompre l'opération pour les replacer; inconvénient qu'évite l'usage des moyens simples que nous proposons; 6°. on a dit que l'usage du garrot amortissoit la sensibilité & diminuoit les douleurs de l'opération. Mais pour obtenir cet effet, il faudroit serrer

à un degré tel qu'on pourroit justement craindre les funestes effets de cette constriction.

v. Il suit de ce parallèle, rapidement établi entre l'action du garrot ou des tourniquets, quel que soit leur mode de construction, & celle de la pelotte, que celle-ci présente toujours sur les premiers des avantages qui lui méritent dans tous les cas, à moins cependant qu'on n'ait aucun aide à qui se fier, qui lui méritent, dis-je, une prééminence marquée. Desault lui préféroit cependant, lorsque ce moyen étoit à son pouvoir, le doigt d'un aide fort & intelligent, simplement appliqué sur le vaisseau. Moins il y a d'intermédiaire entre la main de l'opérateur & la partie sur laquelle il opère, & plus l'opération est sûrement pratiquée.

vi. Lorsque, par un moyen compressif quelconque on s'étoit rendu maître du sang, l'habitude avoit anciennement consacré la pratique de placer au-dessus & au-dessous de l'endroit où devoit se faire l'incision, une bandelette, dans la double vue, 1°. de fixer les chairs & de diriger l'incision; 2°. d'engourdir la sensibilité de la partie. Tous nos traités modernes d'opérations recommandent ce procédé, encore en vogue à présent chez le grand nombre des gens de l'art. Mais, 1°. quand les instrumens sont bien tranchans, qu'une main sûre les dirige, il n'est pas à craindre que les chairs fuient & s'affaissent devant eux : d'un autre côté, quel est l'homme un peu habitué à opérer, dont le simple coup-d'œil n'est pas suffisant pour diriger l'incision ? 2°. on a conçu (iv) ce qu'il falloit penser de cet engourdissement, qu'on prétend produire dans la partie, par une constriction exercée sur elle; constriction qui ici sera, ainsi que je l'ai prouvé, ou insuffisante pour remplir les vues de

l'opérateur, ou funeste pour le malade qui l'aura soufferte. D'ailleurs aujourd'hui qu'à l'amputation à un temps a été avantageusement substituée celle à trois temps, telle que l'observation première en offre un exemple, il est évident que l'usage de ces bandelettes ne peut être applicable qu'au premier temps de l'opération, à l'incision des tégumens, & qu'au second il faudroit les supprimer, avant de relever ceux-ci.

VII. Tout étant disposé pour l'incision des parties molles, il faut y procéder. On employoit autrefois, dans cette vue, le couteau courbe, que ses inconvéniens ont depuis long-temps exclu de la pratique. L'un des premiers, Desault a fait connoître ces inconvéniens qui sont en général : trop de largeur dans la lame ; beaucoup de difficulté à lui donner le fil ; la nécessité d'embrasser, en les coupant, une grande quantité de parties molles, & d'incifer par-là moins facilement ; l'impossibilité de se servir, dans l'opération à trois temps, de l'instrument qui est presque uniquement consacré à celle à un temps ; la gêne où se trouve l'opérateur, obligé de se servir des deux mains pour diviser avec lui les parties. Ces considérations sont plus que suffisantes pour justifier la préférence aujourd'hui généralement avouée des couteaux droits que Desault a sur-tout contribué à mettre en usage.

Un manche court, taillé à facettes, une lame longue, très-étroite, épaisse vers le dos, à tranchant très-effilé, telle étoit la forme qu'il donnoit à ses couteaux. Elle a un avantage majeur que l'on a pu remarquer dans la seconde observation ; c'est de dispenser du couteau interosseux qu'emploient tous les praticiens, & qui devient entièrement inutile, parce que l'étroitesse de la lame permet toujours de passer celui-ci entre

le tibia & le péronné, le radius & le cubitus, & de couper en tournant alternativement son tranchant contre l'un & l'autre os, les chairs qui se rencontrent entre eux. C'est ajouter une perfection à un procédé que d'en retrancher un instrument. D'ailleurs le couteau interosseux divise souvent les parties obliquement, & rend par-là très-difficile la ligature des vaisseaux compris dans la coupe.

VIII. L'incision des parties molles se fait par divers procédés qui se sont succédés les uns aux autres dans la pratique, & dont les deux qu'offrent les observations précédentes y resteront sans doute seuls, soutenus par les avantages nombreux qu'ils ont sur les autres. Desault les employoit assez indifféremment au bras & à la cuisse; il se bornoit au premier, à l'avant-bras & à la jambe. Par lui on a l'avantage d'une section en forme de cône creux, dont les os occupant le sommet, ne peuvent jamais venir faire saillie au-delà des chairs divisées. Les chirurgiens anglois, à qui nous devons ce procédé, avoient cru que pour avoir une semblable coupe, il falloit porter obliquement l'instrument, de manière à tourner la pointe en haut en incisant les chairs; mais pour remplir ce but, il suffit de couper les muscles couches par couches, de laisser d'abord rétracter la première, avant que de diviser la seconde, d'inciser ensuite celle-ci au niveau de l'endroit où les chairs se sont retirées, & ainsi de suite jusqu'à l'os. Par-là on a le véritable cône creux, dont la peau, préliminairement relevée avant la section des chairs, forme la base, que continuent ensuite comme par degré, les diverses couches de muscles, & que termine enfin l'os placé tout-à-fait en haut. Plus de lenteur dans le procédé, plus de douleur pour

le malade font, il eſt vrai, le réſultat de ce mode opératoire. Mais par combien d'avantages ne ſont pas rachetés ces légers inconvéniens?

IX. L'inciſion des muſcles étant achevée, il faut diviſer le perioſte, Deſault employoit à cet effet un couteau mouſſe à lame courte, épaiſſe au dos, forte vers le tranchant. Relevées enſuite avec une compreſſe fendue à un ou deux chefs, ſuivant que c'eſt à la cuiſſe ou au bras, à l'avant-bras ou à la jambe que ſe pratique l'opération, les chairs ne gênent pas la ſection de l'os dont on enlève les aſpérités avec le même couteau qui a ſervi à diviſer le perioſte.

X. Les os étant diviſés, il faut ſe rendre maître du ſang, par la ligature des vaiſſeaux intéreſſés dans la ſection des parties molles; cette ligature ſe fait de deux manières, 1°. médiatement; 2°. immédiatement. Quel mode a le plus d'avantages?

XI. La ligature médiate entraîne après elle plus de douleurs, parce qu'elle exige qu'on traverſe avec une aiguille tranchante des parties très-ſenſibles; de-là plus d'inflammation & de ſuppuration, dans le moignon, à la ſuite de l'amputation. A la ligatute immédiate n'eſt point attribué cet inconvénient, patce qu'elle n'agit que ſur l'artère & non ſur les patties voiſines. L'une eſt très-expoſée à ſe relâcher par l'affaiſſement des petits vaiſſeaux & la flétriſſure des chairs compriſes dans l'anſe de fil. Cet affaiſſement, cette flétriſſure ne ſauroient être à craindte dans l'autre. Celle-ci n'expoſe point aux hémorragies des vaiſſeaux voiſins du tronc lié. Dans celle-là au contraire l'aiguille portée dans les chairs peut, en les traverſant, bleſſer les collatéraux, inconvénient d'autant plus fâcheux, qu'alors profondément ſitués, ces vaiſſeaux ne

ſauroient être eux-mêmes liés. La ligature des nerfs, qui accompagnent l'artère, peut dans la première, être ſuivie de beaucoup d'accidens. Nulle crainte ſous ce rapport en employant la ſeconde. On a reproché à la ligature immédiate de couper l'artère; mais ſi l'on ſerre trop fort, cet inconvénient eſt également applicable à la ligature médiate, comme le prouve l'exemple ſi connu rapporté par Petit; ſi la conſtriction eſt modérée, ſuffiſante ſeulement pour arrêter le ſang, n'ayez aucune inquiétude à cet égard. Le fil ne tombe jamais qu'au dix, quinze, vingtième jour, temps néceſſaire pour que la cavité artérielle ſoit oblitérée. La première fois que ce mode de ligature fut reproduit en France d'après les conſeils de Deſault; Louis fut curieux d'en voir le réſulat; il craignoit la chute trop prompte des fils; mais après avoir attendu pendant vingt-cinq jours, on fut obligé de les couper, pour que leur préſence ne retardât pas la cicatrice.

XII. De ce rapprochement entre les deux modes de faire la ligature, il réſulte que celle où l'artère eſt immédiatement liée, a ſur l'autre des avantages qui lui méritent une préférence excluſive dans la pratique. La manière de la faire eſt celle-ci: le chirurgien prend une pince, dont l'extrémité des branches minces & arrondies puiſſe facilement s'introduire dans le tube artériel; il cherche ce tube, dont l'anatomie doit lui indiquer la ſituation, plutôt que le jet de ſang qu'on détermine en lâchant un peu la compreſſion; l'un des bouts de la pince eſt engagé dans l'artère; l'autre reſte au dehors. Le chirurgien tire à lui le vaiſſeau, pendant qu'un aide paſſant au-deſſous une anſe de fil, en fait la ligature par un double nœud. Par ce procédé on peut s'aſſurer toujours, en lâchant un peu

la compression, & sans abandonner le vaisseau, si cette ligature est suffisante; au contraire en embrassant au dehors l'artère avec les deux bouts de la pince, comme le font quelques praticiens, on oblitère sa cavité; il faut, pour voir si le sang coule, l'abandonner, aller la repincer ensuite si la constriction n'est pas assez forte, ce qui souvent est difficile & par fois même impossible à cause de la rétraction.

XIII. Il est ici une précaution essentielle, & à laquelle les auteurs n'ont point fait assez d'attention, c'est de faire en même temps que la ligature de l'artère, celle de la veine. Si celle-ci reste ouverte, & que le bandage comprime un peu trop fort à la partie supérieure du membre, le sang reflue inférieurement & une hémorragie survient, comme Desault l'a plusieurs fois observé. Lorsque les deux vaisseaux sont juxta-posés comme il arrive souvent, introduisez l'une des branches de la pince dans l'artère, l'autre dans la veine : tirez-les simultanément au dehors, & embrassez-les par une ligature commune. Liez-les successivement s'ils sont écartés l'un de l'autre.

XIV. Après s'être rendu maître du sang qui couleroit des gros vaisseaux, il faut arrêter l'hémorragie des petits, qu'on ne sauroit lier. Desault dans cette vue, saupoudroit de colophone la charpie immédiatement appliquée sur le moignon. Cette poudre absorbe l'humidité, donne du ton aux parties, fronce le tube ouvert, des rameaux artériels & veineux, facilite la suppuration, & empêche que la charpie ne s'identifie, ne s'unisse avec les chairs.

XV. Les praticiens emploient divers bandages pour contenir les pièces d'appareil. L'inconvénient de fouler en haut les chairs & de déterminer par-là la conicité

du moignon, a depuis long-temps exclu la croix de Malthe, autrefois généralement en uſage. Louis y avoit avantageuſement ſubſtitué ſon bandage à quatre bandelettes, dont l'effet eſt au contraire de tirer en bas les tégumens & les chairs, de favoriſer par-là leur rapprochement & leur cicatrice. Deſault avoit imaginé dans la même vue une eſpèce de bourſe, longue de ſix pouces, aſſez large pour faire le tour du membre, bordée à ſon ouverture d'une couliſſe dans laquelle un ruban étoit paſſé. Cette bourſe étoit appliquée ſur le membre qu'elle recouvroit de trois ou quatre pouces en embraſſant l'appareil; aſſujétie d'abord par des circulaires, elle l'étoit enſuite en tirant le ruban qui en fronçoit la couliſſe & l'appliquoit contre le membre. Mais ce bandage ride les chairs de la circonférence au centre, tandis qu'elles doivent être réunies en fente. Cette conſidération engagea Deſault à renoncer à ce moyen que d'abord il avoit préconiſé, & à ſe borner à l'emploi des emplâtres agglutinatifs, qui ont l'avantage de rapprocher tranſverſalement les parties, d'être toujours ſous la main, de ne point entraîner de longueur dans leur application, d'être auſſi ſolides que nos bandages ordinaires.

XVI. En général, ici comme dans les autres opérations, que le panſement ſoit ſuperficiel, qu'il n'exerce aucune compreſſion; ſi la ligature eſt exacte, nulle crainte du côté de l'hémorragie; ſi elle eſt inſuffiſante, ce n'eſt pas quelques degrés de plus de conſtriction qui empêcheront le ſang de couler. D'ailleurs la compreſſion de l'appareil a ici l'inconvénient majeur d'irriter la partie, d'y déterminer de l'inflammation, une abondante ſuppuration, de cauſer par la fonte de tiſſu cellulaire la conicité du moignon & ſaillie de l'os.

REMARQUES

REMARQUES

ET

OBSERVATIONS

SUR l'opération de l'anévriſme.

§. Ier. *Sur l'opération de l'anévriſme faux.*

OBS. I (1). *Anévriſme faux à l'artère axillaire.* Antoine Béon, âgé de 30 ans, reçut, le 15 janvier 1795, à la partie ſupérieure & externe de la poitrine, un coup d'épée qui traverſa le grand pectoral, à un pouce au-deſſus de ſon bord inférieur, pénétra dans le creux de l'aiſſelle, & vint ſortir derrière l'épaule. A l'inſtant une quantité prodigieuſe de ſang s'écoula. On vit une tumeur ſe former rapidement ſous le creux de l'aiſſelle, s'étendre en devant ſous le grand & petit pectoral, en arrière ſous le grand dorſal, en bas ſur les parois de la poitrine & du bas-ventre. Tombé en ſyncope le malade fut reporté chez lui, où un chirurgien ſe borna à quelques applications réſolutives. Deux jours ſe paſsèrent ſans autre ſecours; alors il ſurvint à toute l'extrémité une inflammation conſidérable; la plaie antérieure laiſſa échapper beaucoup de ſang, qu'on arrêta avec peine par le tamponnement; la fièvre s'alluma; le malade étoit tourmenté par des douleurs cruelles: le quatrième jour l'avant-bras devint

(1) Recueillie par Derrecagaix.

froid; sur sa surface se répandit une teinte jaunâtre; les douleurs s'accrurent, devinrent telles que des mouvemens convulsifs en furent la suite. Une nouvelle hémorragie survint. La tumeur augmenta aussi; la peau qui la recouvroit devint rouge & tendue; elle présentoit des battemens obscurs. Tel étoit l'état du malade, lorsqu'il entra le septième jour à l'Hôtel-Dieu.

La direction de l'instrument, la manière dont s'étoit formée la tumeur, la grande quantité de sang sortie à l'instant de la blessure, indiquoient évidemment l'ouverture de l'artère axillaire. L'amputation dans l'article, ou la ligature simple de l'artère étoient les seuls moyens d'arracher le malade à une mort imminente. Desault se détermina pour le second, fondé sur l'espérance de sauver peut être le membre, & sur le danger qu'offroit l'amputation dans l'état d'affoiblissement extrême où se trouvoit le malade; il pratiqua l'opération de la manière suivante:

1°. Le malade étant horizontalement couché sur un matelas, garni de draps repliés en plusieurs doubles, la tête un peu élevée, le bras écarté du corps, deux aides firent la compression sur l'artère, au moyen de boulettes de charpie très-dures, entassées à son passage, dans le creux qui se rencontre derrière la clavicule, au-dessus de la première côte, & en dehors du sterno-cleido-mastoïdien.

2°. Desault commença avec un bistouri aigu, & au-dessous du tiers externe de la clavicule, une incision qu'il prolongea en bas & en dehors dans l'espace de six pouces, & qui n'intéressa que les tégumens & le tissu cellulaire. Deux branches considérables des thorachiques, ouvertes dans cette première incision, furent liées immédiatement.

3°. Dans une seconde incision, les deux tiers inférieurs du grand pectoral, furent divisés avec le bistouri porté sur la sonde canelée. A l'instant une grande quantité de caillots furent poussés violemment en dehors par le sang qui s'échappoit de l'ouverture artérielle. On redoubla alors la compression; mais la célérité de l'opérateur le rendit bientôt inutile. En effet, il saisit aussitôt, avec l'indicateur & le pouce, l'artère & le plexus brachial, & se rendit ainsi maître du sang.

4°. L'aiguille à ressort, ordinairement employée par lui, dans la ligature des artères profondément situées, fut passée sous le paquet des vaisseaux & des nerfs, qu'il embrassa par son moyen dans une anse de fil ciré; les deux bouts en furent engagés dans l'ouverture de la plaque du suspenseur de la vessie; un aide les saisit, les tira modérément à lui, en poussant l'instrument sur l'artère, dont il opéra ainsi la constriction, & suppléa aux doigts du chirurgien qui lui devenoient nécessaires pour achever l'opération.

5°. Celui-ci ayant ensuite dégagé le vaisseau des nerfs qui l'entouroient, reconnut l'ouverture que l'épée y avoit faite, un peu au-dessus de l'origine de la scapulaire commune & des circonflèxes; il remarqua aussi que la thorachique moyenne avoit été coupée.

6°. L'aiguille à ressort passée alors de nouveau immédiatement au-dessus de l'ouverture, servit à conduire une ligature large de trois lignes, qu'on serra au moyen d'une canule d'argent applatie, évasée en haut, plus rétrécie en bas, & dans laquelle un petit coin de bois, engagé entre les fils, servit à les fixer l'un & l'autre; l'anse de fil, au moyen de laquelle

l'aide ſuſpendoit plus haut le cours du ſang, devenu dès-lors inutile, fut laiſſée pour ligature d'attente, après qu'on en eut dégagé les nerfs qu'elle embraſſoit.

7°. Deux ligatures ſemblables furent placées au-deſſous de l'ouverture ; la plus voiſine de cette ouverture, fut ſerrée par un inſtrument analogue au précédent.

8°. Toute la plaie ayant été enſuite exactement nétoyée des caillots de ſang qu'elle contenoit, on employa un panſement ſuperficiel, tel qu'à la première hémorragie, on pût, ſans rien déranger, ſe rendre maître du ſang. Des boulettes de charpie mollement entaſſées dans la profonde plaie qui réſultoit de l'opération ; des compreſſes fines placées ſur les bords ; les canules fixées d'un côté, ainſi que la ligature d'attente ; une compreſſe recouvrant le tout : tel fut ce panſement.

Cette opération grave & pénible ne fut pas très-douloureuſe pour le malade ; deux heures après il s'aſſoupit, & même dormit pendant quelques temps. Il ſe réveilla couvert d'une ſueur abondante ; on l'eſſuia, & l'avant-bras fut enveloppé de linges chauds. Vers le ſoir le pouls du côté oppoſé, s'étoit relevé ; du côté malade, d'obſcurs frémiſſemens ſe ſentirent à la radiale ; l'extrémité avoit un peu repris de ſa chaleur naturelle. Les veines du dos de la main & de l'avant-bras chatrioient du ſang ; nul doute que la circulation ne commençât à ſe rétablir. Dix heures après l'opération, l'appareil fut renouvelé, & la ligature d'en haut un peu reſſerrée. Le malade ne ſe plaignit d'aucune douleur juſqu'au deuxième jour ; on reſſerra alors la ligature inférieure. On donnoit un peu de bouillon de trois heures en trois heures &

de la tisanne dans les intervalles : le troisième jour, la plaie fut pansée à fond. La suppuration étoit presque établie : quelques escarres gangreneux s'étoient formés à la partie inférieure du creux de l'aisselle. Après le pansement, le malade reposa pendant trois heures. A son réveil, il fut saisi d'une difficulté de respirer, qui parut se dissiper au bout de peu de temps : le quatrième jour, cette difficulté reparut, plus forte que la première fois. Il y eut aussi un suintement qui força à resserrer les ligatures supérieures. Deux heures après le sang donna encore, on resserra les inférieures ; le soir il survint à l'avant-bras une rougeur érésipélateuse : le lendemain, la chaleur de l'extrémité commença à se perdre ; le dessous des ongles s'échymosa ; des taches pouprées se répandirent sur le bras : le sixième jour, des phlictaines survinrent à l'avant-bras ; la sphacèle s'empara, & le malade mourut, après avoir laissé entrevoir, les premiers jours, beaucoup d'espoir de guérison.

REMARQUES. Quoique l'opération d'anévrisme, dont l'observation précédente offre l'histoire, n'ait point été couronnée de succès, elle n'en mérite pas moins une place dans les fastes de l'art, soit par la hardiesse du procédé, soit par la manière dont il a été exécuté. Une connoissance profonde de l'anatomie des rapports peut seule autoriser la ligature d'une artère aussi profondément située, voisine d'un aussi grand nombre d'organes importans, que l'axillaire ; cette connoissance seroit elle-même peu de chose, si l'habitude d'opérer, & le sang froid de l'opérateur n'y étoient unis. Aussi deux ou trois praticiens ont-ils seuls osé jusqu'ici entreprendre une opération qui peut devenir subitement mortelle pour le malade, entre

les mains de celui qui la pratique, par l'énorme quantité de ſang qui peut s'écouler en un inſtant. Ainſi il eſt eſſentiel de préſenter aux élèves la route qu'ont ſuivie les grands maîtres dans ces cas difficiles, où l'état extrême de la maladie autoriſe les extrêmes moyens de l'art. Revenons donc ſur les détails opératoires, ſur ceux ſur-tout qui appartiennent à Deſault.

Nous devons à Camper, l'ingénieuſe idée de la compreſſion ſur la première côte, dans les anévriſmes de l'axillaire; ce moyen avantageux ſans doute, ne l'eſt pas cependant autant qu'il le paroît au premier coup-d'œil. En effet, l'extrême mobilité de la clavicule, l'agitation du malade, l'inadvertance de l'aide, peuvent déranger les moyens compreſſifs, donner lieu au milieu de l'opération à une hémorragie auſſi funeſte pour le malade, qu'incommode pour le chirurgien; ne comptez donc ſur cette compreſſion que pendant la ſection des tégumens & du grand pectoral; dès que vous ſerez parvenu au paquet des vaiſſeaux & des nerfs; hâtez-vous, pour ſuſpendre le ſang, de le ſaiſir avec les doigts; embraſſez-les enſuite dans une ligature que vous ſerrerez au moyen d'un inſtrument quelconque, du ſuſpenſeur de la veſſie, par exemple, comme dans l'obſervation précédente. Cette conſtriction préliminaire, donne la facilité de chercher, ſans ſe preſſer l'ouverture du vaiſſeau, d'iſoler celui-ci, & de le lier enſuite au-deſſus de cette ouverture; lorſqu'elle eſt placée trop haut vers la première côte, on ſent que ce précepte ne ſauroit alors trouver d'application; de-là les dangers & l'incertitude de l'opération dans cette circonſtance. Ceux qui ſuivoient Deſault dans les dernières années de ſa pratique, ſe rappeleront

ſans doute d'avoir vu périr ſubitement à l'amphithéâtre, un malade qu'il opéroit d'un anévriſme à la partie ſupérieure de l'axillaire, par l'impoſſibilité où l'on fut d'arrêter le ſang. Lorſque l'artère eſt bien liée, on dégage les nerfs de la ligature préliminaire, l'artère ſeule eſt embraſſee par elle, & reſtée en place, ſert de ligature d'attente.

Les auteurs ont employé différens inſtrumens pour paſſer ſous les artères profondément ſituées, telles que l'axillaire, la poplitée, &c. le fil deſtiné à leur ligature. Nos aiguilles ordinaires ont l'inconvénient de préſenter à leur talon une direction droite qui gêne leur paſſage dans le trajet courbe que leur a frayé leur extrémité antérieure ; de-là la néceſſité, ou de ſoulever péniblement l'artère, ou de preſſer fortement contre les chairs pour la faire pénétrer du côté oppoſé. On a remédié à ce vice eſſentiel, en donnant aux aiguilles une forme exactement demi-circulaire ; cependant, malgré cette correction, il eſt difficile, lorſque l'artère eſt profonde, d'aller en chercher la pointe pour la tirer à ſoi, & faire enſuite paſſer le fil. Quelques praticiens ont employé, pour rendre l'opération plus facile, des aiguilles montées ſur un manche, & percées à leur extrémité d'une ouverture deſtinée à recevoir le fil. On trouve un ſemblable inſtrument gravé dans les obſervations du citoyen Deſchamps, ſur l'anévriſme. Le citoyen Sabattier en attribue l'invention à un de ſes élèves. Mais en général ces aiguilles ſont toujours inutiles, lorſque les artères ſe trouvent ſuperficiellement ſituées ; dans ce cas, nos aiguilles nouvelles en demi-cercle, ſuffiſent conſtamment, pourvu qu'on ait la précaution de les rendre mouſſes à leur extrémité

& sur leurs côtés. Les artères affectent-elles au contraire une position profonde ? un inconvénient est applicable à ces sortes d'aiguilles: en effet, lorsqu'elles ont été passées au-dessous du vaisseau, il faut, pour en faire saillir au-dehors l'extrémité percée de l'ouverture destinée à recevoir le fil, presser fortement, du côté opposé, le manche contre les bords correspondans de la plaie, pour imprimer à l'aiguille une espèce de mouvement de bascule : or cette pression est toujours douloureuse pour le malade, & ajoute, pour le chirurgien, la difficulté de l'opération. C'est pour éviter cet inconvénient, que Desault avoit imaginé une aiguille à ressort, composée d'une gaîne d'argent, droite d'un côté, recourbée à l'autre extrémité en demi-cercle, renfermant une tige élastique dont l'un des bouts, saillant hors de la gaine, s'adapte exactement à son ouverture, & se trouve percé d'une fente transversale. L'instrument est introduit, comme nous l'avons dit dans l'observation précédente, au-dessous de l'artère, & lorsque la pointe est parvenue du côté opposé, la gaîne est maintenue fixe, tandis qu'un aide pousse la tige élastique, qui sort ainsi du fond de la plaie, présente au chirurgien son ouverture, où il passe la ligature ; la tige est retirée ensuite dans la gaîne, qui l'est elle-même à son tour, avec le fil qu'entraîne la fente.

Le mouvement de bascule dont nous avons parlé, & par suite la pression douloureuse d'un des bords de la plaie, se trouvent évités par l'usage de cet instrument, que Desault avoit exclusivement adopté dans ses dernières années. Il ne faut point aller péniblement chercher dans la profondeur des parties son

extrémité, pour y paſſer la ligature; elle vient, pour ainſi dire, elle même s'offrir; la tige gliſſant dans la gaîne, maintenue immobile, ne ſauroit offenſer les parties voiſines pendant ſes mouvemens.

L'anſe de fil étant paſſée au-deſſous de l'artère, il faut en opérer la conſtriction. Le nœud de chirurgien, ordinairement employé dans cette vue, a, dans les artères profondément ſituées, l'inconvénient d'être très-difficile à ſerrer convenablement à l'inſtant de l'opération, plus difficile encore à ſerrer de nouveau, lorſque l'artère affaiſſée laiſſe, au bout de quelques jours, échapper du ſang; la raiſon de ces difficultés eſt qu'il faut, 1°. enfoncer profondément les doigts & la pince ſur l'artère pour la lier; 2°. que le mouvement imprimé aux fils pour la conſtriction devant être horizontal, les bords très-élevés de la plaie s'y oppoſent néceſſairement. Il faudroit donc un moyen par lequel on pût d'un côté ſerrer l'artère ſans agir immédiatement ſur elle, d'un autre côté, tirer les fils dans une direction perpendiculaire. Dans cette vue Deſault avoit, comme on l'a vu ci-deſſus, avantageuſement ſubſtitué à ce mode de ſerrer la ligature, une petite canule d'argent évaſée en haut, plus rétrécie en bas, où il paſſoit les deux chefs de l'anſe qui, tirés en haut tandis que la canule étoit preſſée contre l'artère, en opéroient la conſtriction; écartés enſuite l'un de l'autre, ils étoient renverſés ſur chacun des côtés; entre eux on engageoit un petit coin de bois qui s'adaptoit exactement à la cavité de la canule, les fixoit invariablement, & aſſuroit ainſi la conſtriction. Pour l'augmenter à volonté, lorſqu'une hémorragie ſurvenoit, il ſuffiſoit d'ôter le coin, de tirer à ſoi les fils, de le replacer enſuite entre eux. Nous devons au citoyen

Deschamps un instrument dont la forme & le mécanisme sont différens, mais qui produit un effet à peu-près analogue.

OBS. II (1). *Anévrisme faux à l'artère brachiale.* Desault fut appelé le premier janvier 1791, à minuit, auprès de M. ***, auquel on avoit ouvert, deux heures auparavant, dans une saignée, l'artère brachiale gauche. Le sang avoit jailli par bonds, à une distance considérable ; il étoit d'un rouge vermeil, & s'étoit écoulé en grande quantité. Déjà on voyoit au pli du bras, une tumeur étendue, profonde, molle, sans changement de couleur à la peau, avec des pulsations synchrones à celles des artères, & s'étendant du centre à la circonférence.

Convaincu par ces signes de l'existence d'un anévrisme faux primitif, Desault crut devoir employer d'abord la compression ; il appliqua sur la piquure, des compresses graduées, très-épaisses, & les assujétit par une bande avec laquelle il fit un bandage semblable à celui de la saignée, mais plus serré, & s'étendant davantage au-dessus & au-dessous du pli du bras. Les plus vives douleurs furent d'abord le résultat de ce moyen ; l'avant-bras se gonfla ; on desserra le bandage, & on le prolongea à tout le membre ; alors le gonflement disparut, mais les douleurs subsistèrent toujours & forcèrent de recourir à un autre mode de compression.

Desault fit construire une gouttière de fer-blanc, garnie de coussinets dans sa concavité, & formant, sur sa longueur, un angle très-obtus, afin que le bras & l'avant-bras y fussent tenus dans une légère

(1) Recueillie par Maunoir.

flexion. Cette machine s'étendoit depuis le tiers ſupérieur du bras juſqu'au poignet, & couvroit la moitié poſtérieure de ces parties. C'eſt ſur cette gouttière qu'on réappliqua le bandage.

Ce moyen, ſans diminuer la compreſſion ſur l'ouverture de l'artère, rendoit preſque nulle celle qui s'exerçoit ſur les autres parties, en la diſtribuant à une plus large ſurface, enſorte que ſans craindre l'engorgement de l'avant-bras, on pouvoit comprimer fortement. Mais l'embonpoint du malade détruiſoit en partie l'effet de ce moyen; & l'épanchement d'abord peu ſenſible, s'étendit bientôt le long de l'avant-bras, où il devint conſidérable : il étoit moindre à la partie inférieure du bras. La peau livide, à l'endroit de la ſaignée, étoit jaunâtre, aux environs. La main empâtée exécutoit avec peine les mouvemens les plus légers. Dans cet état l'opération étoit la ſeule reſſource pour ſauver le membre; le malade la deſiroit; Deſault s'y détermina le quinzième jour.

Le lit fut placé, de manière que la lumière venoit obliquement des pieds vers la tête; le malade y fut couché, la tête & la poitrine un peu élevées, le bras ſain tourné du côté du jour. Celui du côté affecté écarté du tronc, l'avant-bras tenu dans l'extenſion, & la partie ſur laquelle on devoit opérer, tournée en haut. Un aide, placé au côté droit du chirurgien, comprimoit l'axillaire, derrière la clavicule & au-deſſus de la première côte, au moyen d'une pelotte tenue de la main droite, en même temps qu'avec la gauche, il appuyoit une autre pelotte ſur cette même artère, ſous le creux de l'aiſſelle. Un ſecond aide fixoit l'avant-bras, & un troiſième étoit chargé des inſtrumens & de l'appareil.

Tout étant diſpoſé :

1°. Le chirurgien, placé au côté externe du bras malade, fit ſur le trajet de l'artère, avec un biſtouri très-aigu, une inciſion de quatre pouces de longueur, commençant à deux pouces au-deſſous de la piquure de la ſaignée, & ſe continuant en haut, le long du bord interne du biceps. Le tiſſu cellulaire ſubcutané ſe trouva infiltré de ſang.

2°. L'aponévroſe fut inciſée avec précaution, après qu'on ſe fût aſſuré qu'elle n'étoit pas collée ſur l'artère, comme il arrive, lorſque l'épanchement ſe fait derrière les vaiſſeaux. Le ſang jaillit alors avec impétuoſité à une grande diſtance. L'aide redoubla la compreſſion, tandis que le chirurgien achevoit de découvrir l'artère, en fendant en haut & en bas, ſur la ſonde canelée, l'aponévroſe & le tiſſu cellulaire.

3°. Ayant nettoyé la plaie des caillots répandus vers ſes bords & ſur-tout vers ſon angle inférieur, il dégagea l'artère, un peu au-deſſus de l'endroit où elle étoit ouverte ; puis, l'ayant ſéparée du nerf, il la ſouleva avec le pouce & l'indicateur gauche, & paſſa deſſous une forte aiguille recourbée, émouſſée à ſa pointe & ſur ſes côtés, & garnie de deux ligatures cirées & élargies en forme de ruban.

4°. Après avoir coupé ces ligatures & les avoir ſéparées, il fit, avec la plus voiſine de l'ouverture, *un nœud du chirurgien*, qu'il ſerra ſuffiſamment pour arrêter le ſang, & qu'il aſſujétit par un autre nœud ſimple. Il réunit les deux bouts de cette ligature, & plaça ceux de la ſeconde, ſur les bords de la plaie, pour ſervir de ligature d'attente.

5°. Il paſſa de même, deux autres ligatures au-deſſous de l'ouverture de l'artère, & noua la plus haute.

6°. Ces ligatures, faites au-deſſus & au-deſſous de l'artère, avoient été ſerrées ſuffiſamment pour arrêter le ſang : cependant après qu'on eut ceſſé la compreſſion, il en ſortit encore un peu, fourni ſans doute par quelque collatérale naiſſant entre les deux ligatures; on l'arrêta par une troiſième placée ſur l'ouverture même.

7°. Le chirurgien retira le ſang & les caillots amaſſés à la partie inférieure de la plaie; & après avoir lavé le bras & l'avant-bras, & nettoyé exactement la plaie, il diſtingua les ligatures nouées des ligatures d'attente, les plaça toutes ſur les bords de la plaie, & les couvrit de petits linges fins.

8°. On panſa enſuite mollement, en rempliſſant toute la plaie de boulettes de charpie brute ſaupoudrées de colophone. On plaça par-deſſus des gâteaux de charpie, deux compreſſes quarrées & deux compreſſes circulaires, ſoutenues par une bande médiocrement ſerrée.

Le malade fut couché dans ſon lit de manière que le bras affecté repoſa ſur des couſſins mollets, & diſpoſés de manière que le coude fût plus bas que la main & que la partie ſupérieure du bras; on couvrit ces parties de linges chauds.

Le reſte de la journée fut tranquille; vers le ſoir, léger fourmillement au coude. La nuit, ſuintement ſanguinolent, ordinaire après ces ſortes d'opérations. Dans la ſoirée du lendemain, pouls un peu élevé; toux fatigante; gêne du malade produite par la poſition horizontale & l'immobilité du tronc.

Le troiſième jour, ſuintement odorant, précurſeur ordinaire de la ſuppuration; peu de fièvre; ſommeil paiſible pendant la nuit. La ſuivante, agitation

produite par la toux devenue aſſez violente pour exciter un léger crachemenr de ſang, & par une indigeſtion effet d'une ſimple crême de riz.

Le cinquième jour, ſuppuration établie; dérachemenr des bourdonnets du fond de la plaie qu'on remplaça par de ſemblables. Le lendemain, chute de la ligature ſupérieure, ſans une goutte de ſang; ſuppuration abondante & de bonne qualité; engorgement de l'avant-bras preſque diſſipé; plus de liberté dans les mouvemens de la main; pulſations de l'artère radiale preſque revenues à leur état naturel.

Le dixième jour, ſection de la ligature du milieu qui étoit mobile; l'inférieure reſtée juſqu'au treizième jour; cicatrice rapide à la partie ſuperieure de la plaie, plus tardive vers l'angle inférieur où le pus ſe dégorgeoit; lorſqu'on preſſoit de bas en haut la partie ſupérieure de l'avant-bras, l'on empêchoit qu'il n'y ſéjournât, en interpoſant un bourdonnet qui tenoit les bords de la plaie écartés. Bientôt, ſenſible diminution dans la ſuppuration; panſement réduit à un ſeul par jour; ſuppreſſion des compreſſes; application immédiate de la bande ſur la charpie.

A cette époque, embarras ſurvenu dans le bas-ventre; bouillons aux herbes adminiſtrés; évacuations bilieuſes; émétique pris en lavage; émulſion purgative, donnée deux jours après; dégorgement complet des viſcères gaſtriques, par l'effet de ces remèdes. Peu de jours après, diſparution de la ſuppuration de la partie ſupérieure de l'avant-bras; commencement de cicatrice à l'angle inférieur de la plaie.

Le vingt-troiſième jour, première ſortie du malade; il étendoit & fléchiſſoit alors aiſément l'avant-bras;

mouvemens de la main libres ; léger empâtement à cette partie ; cicatrisation moins prompte dans les derniers temps ; nécessité de réprimer plusieurs fois les chairs devenues blafardes, & de leur donner du ton, en les touchant avec la pierre infernale. Enfin, le quarante-unième jour, cicatrice completement achevée.

§. II. *Sur l'opération de l'anévrisme vrai dans le cas où l'on ne peut lier l'artère au-dessus de la tumeur.*

Deux méthodes essentiellement différentes, balancent aujourd'hui le choix des praticiens, sur l'opération de l'anévrisme vrai. Dans l'une le tube artériel, préliminairement mis à découvert dans toute l'étendue de la tumeur, est embrassée en haut & en bas par une double ligature. Dans l'autre, un seul lien est appliqué au-dessus de la poche anévrismale. Celle-ci n'appuie encore que sur un certain nombre d'observations, publiées par les chirurgiens françois & anglois ; celle-là est consacrée par l'assentiment de tous les modernes. La pratique de Desault n'offre rien de neuf sur la première ; l'art lui doit, sur la seconde, 1°. d'avoir, le premier, fait revivre en France celle-ci, en appliquant, en 1785, à l'anévrisme de la poplité, le procédé suivi par Amel, dans une tumeur anévrismale de l'artère brachiale ; procédé enseveli jusqu'alors dans un ouvrage lui-même presque oublié : 2°. d'avoir agrandi cette méthode de plusieurs vues nouvelles & lumineuses. Une de ces vues mérite sur-tout de nous occuper, non qu'elle se présente marquée du sceau de l'expérience, mais parce qu'elle offre aux praticiens un champ nouveau à parcourir.

Les anévrifmes vrais ont toujours paru être hors des limites de l'art, lorfque leur extrémité fupérieure eft inacceffible à nos inftrumens. De-là l'ufage d'abandonner à la nature ceux de l'artère axillaire, de l'iliaque externe, &c. . . . . . ou du moins de ne leur oppofer que des fecours internes, toujours, comme on le fait, plus ou moins impuiffans dans ce cas. Cette pratique, généralement fuivie, eft-elle irrévocable? un traitement plus hardi ne peut-il point être employé? Voici celui que Default propofoit : incifez les tégumens fuivant la direction de l'artère, & mettez celle ci à nu ; faites enfuite la ligature immédiatement au-deffous de la tumeur, que vous abandonnerez après cela à la nature. Le fang arrêté par-là, refluera par les collatérales; celui amaffé dans la poche, s'y condenfera en un épais caillot, qui bientôt contractera des adhérences avec fes parois refferrées fur lui ; le tube artériel s'oblitèrera depuis la ligature jufqu'à la première collatérale fupérieure. Examinons ce projet d'opération fous fes différens rapports.

Les dangers de l'opération de l'anévrifme font relatifs 1°. à l'interruption du paffage du fang dans la partie inférieure du membre; de-là le précepte de ménager le plus de collatérales poffible ; 2°. à la divifion des parties; de-là le précepte de faire le moins poffible de délabrement; or fi on compare à ce double précepte l'opération propofée, on verra qu'elle y eft exactement conforme. 1°. Tous les collatéraux fupérieurs à la tumeur reftent évidemment intacts, & de ce côté elle eft plus avantageufe que la méthode d'Anel ou de Hunter, & même que celle anciennement pratiquée, puifque dans celle-ci, à l'endroit

même

même de la ligature ſupérieure peuvent exiſter des vaiſſeaux qu'alors on détruit néceſſairement. 2°. Le délabrement eſt toujours ici peu conſidérable, puiſqu'il ne faut que mettre l'artère à nu, pour la lier; & ſous ce rapport, cette méthode partage les avantages qu'a celle de Hunter ſur celle des anciens. Voilà donc déjà deux grandes conſidérations pour l'adopter. Pour la rejetter, la première qui ſe préſente, c'eſt l'effort du ſang contre les parois de la poche, effort ſuffiſant, peut-être, pour la rompre & la déchirer, lorſqu'il trouve en bas un obſtacle. Mais, d'un côté, remarquons que cet effort ne peut être qu'inſtantané; que bientôt le ſang de la tumeur venant à ſe coaguler, fera corps avec elle, & réſiſtera par conſéquent; ce n'eſt donc que le premier choc à ſupporter; or ne peut-on pas, dans quelques cas, prévenir ce choc? à l'aiſſelle, par exemple; qui empêche d'entretenir, pendant quelques heures après la ligature, une compreſſion ſur la première côte, afin de donner le temps au ſang de ſe condenſer, en empêchant la tumeur d'en recevoir de nouveau. D'un autre côté, obſervons que les parois des poches anévriſmales, lorſqu'elles ne ſont pas à leur dernier degré, préſentent toujours une épaiſſeur qui doit mettre à l'abri de cette crainte. Redouteroit-on cette maſſe de ſang reſtée en caillot dans la tumeur? mais les ſuites de l'opération d'Anel & de Hunter répondent à cette objection d'une manière déciſive; & en effet, on voit peu à peu cette maſſe ſe diſſiper, diſparoître enfin; ou s'il reſte un peu de dureté, le malade n'en ſouffre point.

Concluons de ces divers rapprochemens, que dans les anévriſmes vrais de l'axillaire, de l'iliaque externe,

qui ne sont point arrivés à leur dernier degré, l'homme de l'art est constamment autorisé à tenter le moyen extrême que nous proposons ; d'ailleurs le malade en fût-il la victime, ce ne seroit que quelques jours arrachés à la douleur & au désespoir. Entre la certitude d'une mort encore éloignée, & la probabilité ou de la vie, ou d'une mort plus prochaine, le choix est il douteux? Abstenez-vous, au reste, de pratiquer cette opération, lorsque les parois de la poche, trop amincis par l'ancienneté de la tumeur, peuvent en faire craindre la prochaine rupture. C'est ce motif qui empêcha Desault de la pratiquer dans le seul cas qui se soit offert à lui ; c'étoit à l'artère axillaire.

Le procédé opératoire seroit simple & facile. Si la tumeur est à l'iliaque externe, 1°. inciser les tégumens au-dessous & un peu au-devant de la tumeur, dans la direction de l'artère ; 2°. écarter les glandes inguinales; mettre l'aponévrose à découvert ; y faire une petite incision avec la pointe du bistouri ; l'agrandir ensuite des deux côtés au moyen de la sonde cannelée ; 3°. dégager l'artère du tissu cellullaire qui l'entoure ; 4°. passer, avec une aiguille mousse, deux fortes ligatures au-dessous de la tumeur ; serrer celle d'en-haut ; laisser celle d'en-bas comme ligature d'attente ; 5°. panser comme dans les autres opérations d'anévrisme. Tels seroient les détails du procédé opératoire ; il est facile d'en faire l'application à l'axillaire.

REMARQUES
ET
OBSERVATIONS
Sur l'éréſipèle.

§. Ier.

I. L'éréſipèle, en général, eſt une tumeur inflammatoire, ſuperficielle, non circonſcrite, avec chaleur vive, âcre & douleur pongitive. Toute la partie affectée eſt d'un rouge vif, clair & luiſant, qui diſparoît ſous le doigt, & revient auſſitôt qu'on ceſſe de preſſer. Ces caractères généraux conviennent à toutes les éréſipèles; mais plus ou moins marqués dans chacune, ils s'offrent avec des ſymptômes différens, ce qui détermine les différentes eſpèces de l'éréſipèle.

II. La première & la plus ſimple eſt celle que Sauvages & Cullen appellent *erythema*, du nom qu'Hippocrate emploie pour déſigner toutes les rougeurs éréſipélateuſes. Mais ce mot n'eſt pas général, & le ſens qu'on y attache eſt peu déterminé. Il paroît plus convenable de conſerver à cette eſpèce, le nom d'*éréſipèle bilieuſe*, employé par le plus grand nombre des auteurs; non qu'on doive adopter la théorie métaphyſique des galéniſtes, mais parce qu'il ſemble que ce mot renferme l'idée de la mauvaiſe diſpoſition des premières voies, l'un des ſymptômes principaux, & celui qui diſtingue ſur-tout des autres, cette éréſipèle dont les ſymptômes ſont ceux-ci : la tuméfaction eſt

légère, le plus souvent insensible; la peau a une couleur rose, tirant sur le jaune; le sentiment que le malade éprouve est moins une douleur tensive ou pulsative, qu'une cuisson douloureuse, analogue à celle de la brûlure de l'eau chaude ou des rayons du soleil. Vers l'invasion, souvent plutôt, l'appétit se perd, la bouche devient amère, la langue est humide & couverte d'un enduit jaunâtre; il survient des nausées, & quelquefois des vomissemens de matières bilieuses. Le malade abattu éprouve des lassitudes, des douleurs vagues, & un sentiment vif de chaleur, sans cependant une grande sécheresse à la peau, ni beaucoup de soif. Souvent la maladie commence par une fièvre plus ou moins ardente, précédée de frissons, & accompagnée d'un mal de tête violent. Cette espèce est l'*érésipèle vraie*, ou *bilieuse*, ou bien l'*érésipèle proprement dite* des anciens; c'est encore l'*érésipèle simple* de quelques modernes.

111. L'autre espèce, que nous nommons érésipèle phlegmoneuse, correspond au *phlegmon érésipélateux* des anciens &, en partie, à ce qu'ils appeloient aussi *érésipèle phlegmoneuse*. C'est l'*érésipèle compliquée de phlegmon*, des livres élémentaires modernes. Ici, la peau est plus élevée, la tumeur plus profonde, plus dure, & présente une couleur plus foncée. Il y a un peu de tension à la peau; la douleur, habituellement pongitive, devient pulsative par intervalles. Le malade n'a d'abord ni amertumes ni nausées; il a la peau & la langue sèches, une soif ardente, le pouls plein & dur, indice d'une pléthore sanguine. Au bout de peu de jours, sur-tout lorsqu'on a employé la saignée & le régime antiphlogistique, la langue se salit & s'humecte par les bords; il survient de l'amertume, des nausées, & la maladie rentre alors dans l'érésipèle bilieuse.

IV. Toutes les éréſipèles ſe rapportent naturellement à ces deux claſſes ; & c'eſt ſur-tout à l'état primitif des premières voies, qu'il faut faire attention, pour les placer dans celle qui leur convient.

V. Il y a cependant une ſorte d'éréſipèle qui diffère des autres, en ce qu'elle exige un traitement local, quoique ſes ſymptômes n'offrent rien d'extraordinaire. C'eſt celle qui ſurvient aux plaies, aux contuſions, &c.

VI. Le pronoſtic de l'éréſipèle, quelle que ſoit l'eſpèce, eſt relatif à ſon étendue, à ſon intenſité, au lieu qu'elle occupe ; la plus dangereuſe eſt celle de la tête & des parties voiſines. Ætius, Paul d'Ægine, Oribaſe craignent, dans ce cas, que l'inflammation intercepte la reſpiration, & que le malade ne périſſe ſuffoqué. Paré regarde comme mortelle l'éréſipèle de la matrice. Hippocrate portoit un pronoſtic auſſi ſiniſtre de l'éréſipèle qui abandonne ſubitement l'extérieur, pour ſe porter à l'intérieur. Des ulcérations rebelles, la gangrène même ſont encore, ſelon les anciens, les ſuites fréquentes des éréſipèles, quoique ces accidens dépendent ſans doute plus ſouvent du défaut de ſoins, ou de l'eſpèce du traitement, que de la nature de la maladie. Il faut en dire autant des éréſipèles, ſuites des plaies, des ulcères, des fractures & des luxations, & dont les auteurs nous peignent les ſuites comme extrêmement redoutables.

§. II.

VII. Le traitement de l'éréſipèle a beaucoup varié dans les différentes périodes de l'art. On peut conſidérer ce traitement ſous deux rapports ; 1°. dans les moyens internes ; 2°. dans les moyens externes, employés par les praticiens.

VIII. *Les moyens internes* ont été extrêmement multipliés par les auteurs. Celse recommandoit la saignée indistinctement, lorsque les forces du malade le permettoient. Ætius ne l'employoit que dans le cas de pléthore sanguine; il traitoit l'érésipèle bilieuse par les purgatifs. Paul d'Ægine n'a recours à ces derniers que lorsqu'il y a quelque obstacle à la saignée, dont il fait un précepte général. Oribase & Avicenne ne recommandent que les évacuans de la bile. Gui de Chauliac, Thévenin, Munnick, Sidenham, &c. prescrivent au contraire la saignée, pour toutes les érésipèles un peu graves, suivis en cela par la foule des modernes, dont quelques-uns, déterminés par l'inspection de la *croûte pleurétique* du sang, en répètent jusqu'à trois ou quatre fois l'usage.

IX. Thévenin emploie quelquefois un léger émétique, mais seulement après avoir reconnu l'insuffisance des autres moyens. Paré avoit remarqué, que la maladie se termine ordinairement par des vomissemens & des déjections bilieuses; mais on ne se servoit point alors du tartre stibié, si propre à aider & à accélérer cette terminaison. Maintenant, que l'on connoît bien l'effet de ce remède, il est encore beaucoup de praticiens qui le redoutent; & Stoll lui-même ne l'employoit, qu'après avoir préparé le malade par les incisifs & les dissolvans. Richter le conseille dès le premier instant, excepté dans les cas rares, qui exigent d'abord la saignée. Cullen ajoute à ce moyen ce qu'il nomme les purgatifs réfrigérans. Il penche cependant pour la méthode de Selle qui, regardant l'érésipèle comme une espèce de fièvre putride, associe aux évacuans le kina, le vin, & les autres antiseptiques. Bell préfère le régime anti-phlogistique,

& la faignée, pourvu cependant que ce ne foit pas une faignée locale qui, dans ce cas, produit des ulcères difficiles à guérir.

x. L'air frais a été auffi un des grands moyens dans le traitement de l'éréfipèle. Alexandre de Tralles le recommandoit; Paré le comptoit auffi pour quelque chofe, joint aux rafraîchiffans & aux humectans. C'eft dans les mêmes vues que Sideham confeilloit la petite bierre, & que quelques autres ont employé l'eau rougie; que Thévenin, dans les éréfipèles opiniâtres, prefcrit les bains, le petit-lait, l'eau de veau & des eaux minérales froides.

xi. *Les moyens externes* ont été long-temps d'un ufage général dans le traitement de l'éréfipèle. Cependant Hippocrate ne dit rien qui puiffe faire préfumer qu'il y ait jamais eu recours; mais les médecins qui l'ont fuivis, ont prodigué les linimens, les fomentations, les cataplafmes, & même les onguens de toute efpèce. Ce n'eft pas qu'on n'en ait bientôt apperçu les inconvéniens. Gallien en avoit fait la remarque, ce qui ne l'empêchoit pas de fe fervir encore de l'emplâtre *diapalme*. Fabrice de Hilden a vu l'ufage de l'huile rofat, continué pendant quelques jours, produire la gangrène, dans un éréfipèle phlegmoneufe.

xii. Les ftupéfians & les narcotiques, recommandés par Gallien, Paul d'Ægine & beaucoup d'autres, ont de même amené fouvent la mortification.

xiii. Les réfolutifs & les répercuffifs ont été confeillés prefque généralement. Mais, outre qu'ils peuvent donner lieu à des métaftafes funeftes, ils produifent fouvent l'endurciffement de la partie malade ou la gangrène. Paul d'Ægine l'avoit obfervé, & c'eft ce qui lui faifoit rejeter les aftringens & les réfolutifs

ſpiritueux. De-là auſſi la pratique d'Avicenne qui préféroit l'*effuſion* d'eau froide ſur la partie, aux topiques plus actifs. De là l'uſage de l'oxicrat, de la diſſolution d'un peu de ſel de ſaturne dans beaucoup d'eau, comme le recommande Thévenin, &c. &c.

XIV. Les émolliens ont eu auſſi leurs partiſans. Celſe ſe ſervoit de cataplaſmes couverts de compreſſes imbibées d'eau froide : Gallien les rendoit réſolutifs par l'oxicrat. Paul d'Ægine conſeille le cataplaſme de farine d'orge, Thévenin celui de farine de ſeigle; Diemerbroek, celui de feuilles de chêne & de farine de fèves.

XV. Cullen perſuadé de l'inutilité & des dangers de toutes les eſpèces de topiques, les rejette abſolument. Il permet ſeulement de ſaupoudrer la partie affectée de fleur de farine, comme on l'a fait depuis peu en Angleterre, pour abſorber l'humeur âcre qui s'échappe à travers la peau, & tend à l'ulcérer. Bell, d'accord avec Cullen ſur les mauvais effets des topiques, applique cependant ſur la peau, lorſque la douleur eſt très-vive, une légère couche d'extrait de ſaturne. Richter, loin d'approuver ce moyen, le met ſur la même ligne que tous les remèdes aſtringens, qui ont, dit-il, ſouvent occaſionné des accidens mortels; il n'applique rien abſolument rien ſur la tumeur. Il ſemble qu'Actuarius n'ait pas été bien éloigné de cette méthode, puiſqu'il avoit obſervé, par rapport à l'*herpes*, que les remèdes locaux étoient abſolument inutiles.

XVI. Outre les moyens que nous venons d'indiquer, il en eſt un autre fort employé du temps de Thévenin. Ce ſont les véſicatoires, qu'il croit propres à évacuer, ou à détourner l'humeur éréſipélateuſe, lorſqu'ils ſont appliqués loin de la partie malade. Une

obſervation d'Alix, prouve ce qu'on doit penſer de ce moyen. On appliqua des véſicatoires aux jambes d'un payſan, pour une éréſipèle ambulante & rebelle qui avoit occupé ſucceſſivement le dos, la poitrine & la face. L'éréſipèle ſe porta auſſitôt ſur les pieds, & fut immédiatement ſuivie de la gangrène.

XVII. Tel eſt à-peu-près le précis de ce qui a été dit ſur l'éréſipèle. Il paroîtra peut-être un peu confus; mais les diſtinctions établies entre les différentes eſpèces d'éréſipèle, ayant preſque toujours été négligées dans la pratique, & la plupart des auteurs n'indiquant, pour tous les cas, qu'un ſeul & même traitement, on ne peut faire correſpondre l'hiſtoire des moyens curatifs avec les diviſions des livres. Ce précis ſuffit au reſte pour donner au lecteur judicieux la facilité de comparer ce qu'ont écrit les auteurs, avec la pratique de Deſault, dont nous allons offrir le tableau dans les articles ſuivans.

XVIII. Dans l'éréſipèle bilieuſe, quelque chaleur qu'il y eût à la peau, & quelque conſidérable que fût la fièvre, Deſault donnoit, dès le premier inſtant, un grain de tartre émétique, étendu dans beaucoup de liqueur. Les accidens diminuoient ordinairement, auſſitôt après l'effet de cette boiſſon; on les a même vu ceſſer entièrement, quoique le remède n'eût produit d'autre effet que l'augmentation de la tranſpiration & des urines.

XIX. Quelquefois cependant les ſymptômes réſiſtent, malgré ces évacuations. On revenoit alors, une, deux fois, & même plus, à la boiſſon émétiſée. Lorſque l'éréſipèle s'éteignoit, que la fièvre avoit ceſſé, qu'il ne reſtoit plus d'amertume à la bouche, on employoit, pour terminer la cure, une ou deux

purgations avec la casse, la manne & un grain de tartre stibié. Pendant tout ce temps, le malade buvoit abondamment une tisanne délayante aiguisée par l'oximel. On donnoit quelques alimens, dès que les premiers accidens étoient calmés, parce que Desault avoit remarqué, qu'une diete trop sévère augmente l'acrimonie des humeurs, & reproduit souvent la disposition bilieuse, sur-tout dans les hôpitaux, où l'air est en général peu salubre. L'érésipèle bilieuse, quelque considérable qu'elle soit & quelque partie qu'elle occupe, cède ordinairement, en peu de jours, à ce traitement; Desault n'en n'a jamais rencontrée qu'il n'ait enfin dissipée. Il a aussi constamment observé, que la maladie étoit plus rebelle & plus grave, lorsque les malades avoient été saignés avant leur arrivée à l'hôpital, & sur-tout lorsqu'ils l'avoient été plusieurs fois.

xx. Dans l'érésipèle phlegmoneuse, l'émetique & les autres évacuans augmenteroient encore l'éréthisme, qui est déjà considérable: aussi Desault n'avoit-il recours aux évacuans qu'après avoir détruit l'irritation & diminué la pléthore sanguine, par une ou plusieurs saignées, selon la gravité des symptômes & la force du malade. La disposition bilieuse qui se manifeste alors, indique la nécessité des évacuans & le moment de les administrer. On ne donnoit encore ici pendant tout le traitement qu'une boisson délayante; telle que le petit lait, ou l'eau de chiendent, avec l'oximel.

xxi. Aucun topique n'étoit employé ni dans l'une ni dans l'autre espèce d'érésipèle, de cause interne. La partie affectée étoit, autant que possible, laissée exposée à l'air. Mais lorsque l'érésipèle, soit bilieuse, soit phlegmoneuse, survient à une contusion, à une plaie, à un ulcère, le régime & les médicamens

internes feroient infuffifans, fi l'on n'y joignoit les topiques propres à detruire l'irritation locale, & à rappeler la fuppuration. C'eft dans cette vue que Default employoit les cataplafmes dont les bons effets, dans ces fortes de cas, font conftatés par des obfervations multipliées. Mais il regardoit comme une précaution effentielle, de ne pas étendre ce topique beaucoup au-delà de l'endroit contus, ni des bords de la plaie ou de l'ulcère. Si l'on fe permet quelque application fur le refte de la furface éréfipélateufe, ce ne doit être qu'un réfolutif aqueux & très-léger, tel que l'eau végéto-minérale, comme on l'employoit habituellement à l'Hôtel-Dieu; c'eft-à-dire, faite avec un gros feulement d'extrait de faturne dans une pinte d'eau. Confirmons, par quelques exemples, la doctrine établie ci-deffus.

OBS. I. *Éréfipèle bilieufe, de caufe interne.* Ad. Goyde, âgée de 27 ans, d'un tempérament bilieux, à la fuite d'un grand mal de tête, d'une foif ardente, avec difficulté de refpirer, fut attaquée d'une éréfipèle à la partie fupérieure de la face, & fur-tout aux paupières, qu'elle ne pouvoit écarter. A fon arrivée à l'Hôtel-Dieu, elle avoit la langue chargée, la bouche amère, un dégoût abfolu, des envies de vomir, une chaleur ardente, un pouls plein, dur & fréquent. Les règles, qui parurent alors, obligèrent de retarder l'emploi des moyens curatifs, propres à combattre ces accidens. Un grain d'émétique, donné le troifième jour dans une pinte de boiffon, procura plufieurs felles bilieufes qui foulagèrent un peu la malade. On réitéra le même remède, & le cinquième jour, la rougeur & le gonflement étoient prefque entièrement diffipés. Trois minoratifs, compofés d'une once de pulpe de caffe, de deux onces de

manne, & d'un grain d'émétique, qu'on fit prendre les jours ſuivans, achevèrent la guériſon.

OBS. II. *Éréſipèle à la ſuite de plaies.* Marie Framay, âgée de 60 ans, vint à l'Hôtel-Dieu le 7 ſeptembre 1789, avec un éréſipèle à la jambe gauche. La langue étoit chargée & humide; la bouche amère & le pouls un peu fébrile; on lui fit prendre un grain d'émétique, qui produiſit une évacuation abondante de matières bilieuſes. Malgré ce moyen continué pendant les trois premiers jours, l'éréſipèle s'étendit ſur toute la partie poſtérieure de la jambe. On apperçut alors près de la malléole interne, la cicatrice d'une ancienne plaie, prête à ſe rouvrir. Cette circonſtance fit changer le traitement. On enveloppa toute la jambe d'un cataplaſme émollient, ſans ceſſer l'adminiſtration de l'émétique. Une légère ſuppuration s'établit à la plaie, l'éréſipèle diminua ſenſiblement, diſparut le douzième jour, & la plaie fut fermée, quelques jours après, par une cicatrice ſolide.

OBS. III. *Éréſipèle ambulante.* Louiſe Chevalier, âgée de 48 ans, opérée à l'Hôtel-Dieu, d'un cancer au ſein droit, paroiſſoit toucher au terme de ſa guériſon, lorſque ſa plaie, preſque cicatriſée, ſe couvrit d'une ſuppuration glaireuſe; la langue ſe chargea; la bouche devint amère. Il parut, vers le coude droit, un engorgement qui ſe diſſipa après des vomiſſemens & quelques ſelles bilieuſes, procurés par un grain d'émétique. Le dévoiement ſurvint quelques jours après, & il ſe fit une légère ulcération aux bords de la plaie. Ces nouveaux ſymptômes diſparurent, & la cicatriſation recommença; mais bientôt, le pouls s'éleva, la ſuppuration devint abondante & ſéreuſe, la face rouge & la bouche pâteuſe. On apperçut le

même jour une diſpoſition éréſipélateuſe au bras droit, qui fut le lendemain engorgé, rouge & douloureux, dans ſes deux tiers inférieurs. La malade avoit des nauſées, la bouche amère; & la cicatrice étoit déjà en partie détruite. On fit paſſer un grain de tartre ſtibié en lavage qui diminua la douleur & l'engorgement pendant trois jours : le quatrième, un cautère établi au bras gauche, ceſſa de ſuppurer, & il parut au-deſſus un engorgement qui ſe diſſipa dès qu'on eut rappelé la ſuppuration de l'exutoire, en couvrant le pois d'un peu de baſilicum animé de poudre de cantharides. L'éréſipèle s'étant portée ſur la partie inférieure du même bras, elle en fut bientôt chaſſée par l'uſage du petit-lait émétiſé; mais, à meſure qu'elle diſparoiſſoit, l'avant-bras droit s'engorgeoit & devenoit douloureux. Peu de jours après, il avoit acquis un volume conſidérable; la peau étoit tendue, d'un rouge clair & luiſant. Le tiſſu cellulaire cédoit cependant à l'impreſſion du doigt, & ne ſe rétabliſſoit que lentement. La rougeur & la douleur ne ſe diſſipèrent totalement qu'après des émétiques & des purgatifs réitérés. La plaie du ſein ſe cicatriſa promptement; mais l'avant-bras reſta long-temps œdématié; & malgré un bandage compreſſif, il n'avoit pas encore repris tout-à-fait ſon volume naturel, un mois après la diſparition de l'éréſipèle.

FIN DE LA SECONDE PARTIE.

TABLE
DES MÉMOIRES
CONTENUS dans la Seconde Partie.

MÉMOIRE *sur les plaies de la tête.* . pag. 1
PLAIES AUX TÉGUMENS DE LA TÊTE. . . 3
FRACTURES DU CRANE. 13
DE LA COMMOTION AU CERVEAU. 53
DE L'INFLAMMATION DU CERVEAU ET DE SES MEMBRANES DANS LES PLAIES DE TÊTE. 66
DE LA SUPPURATION DU CERVEAU ET DE SES MEMBRANES DANS LES PLAIES DE TÊTE. 77
CONCLUSION GÉNÉRALE. 83
MÉMOIRE *sur l'opération de la fistule lacrymale.* 89
MÉMOIRE *sur l'extirpation de l'œil, devenu carcinomateux.* 121
REMARQUES ET OBSERVATIONS *sur les maladies du sinus maxillaire.* 136
DES OZÈNES. . . . . Ib.
DES FUNGUS. 144
EXPLICATION *de la troisième planche.* . . 151
MÉMOIRE *sur l'opération du bec-de-lièvres.* . 152
EXPLICATION *de la quatrième planche.* . 185
REMARQUES ET OBSERVATIONS *sur les maladies de la bouche.* 187
MALADIES DE LA MACHOIRE INFÉRIEURE. Ib.

MALADIES DES VOIES SALIVAIRES. . pag. 193
DE LA RESCISION ET DE LA LIGATURE DES AMYGDALES ET DE LA LUETTE. . . 202
EXPLICATION *de la cinquième planche.* . 211
MÉMOIRE *sur la bronchotomie, & sur les moyens d'y suppléer en certains cas.* . . . 212
MÉMOIRE *sur les moyens de nourrir les malades chez lesquels la déglutition est empêchée.* 254
REMARQUES ET OBSERVATIONS *sur diverses maladies du col & de la poitrine.* . . 264
EXTIRPATION DE LA GLANDE THYROIDE. Ib.
SUR L'HYDROPISIE DU PÉRICARDE. . . 269
SUR L'OPÉRATION DU CANCER AU SEIN. 273
MÉMOIRE *sur la hernie ombilicale des enfans.* 280
RÉFLEXIONS *sur le traitement des hernies étranglées.* 295
MÉMOIRE *sur les anus contre nature.* . . 315
EXPLICATION *de la sixième planche.* . . 340
MÉMOIRE *sur l'opération de la fistule à l'anus.* 341
OPÉRATION PAR LA LIGATURE. . . . 343
OPÉRATION PAR L'INCISION. 361
EXPLICATION *de la septième planche.* . . 377
MÉMOIRE *sur les skirrosités du rectum.* . . 380
REMARQUES ET OBSERVATIONS *sur diverses maladies des parties génitales.* . . . 396
SUR LA CURE RADICALE DE L'HYDROCÈLE CONGÉNITALE. . . . . Ib.
SUR LA CURE DE L'HYDROCÈLE COMPLIQUÉE D'ENGORGEMENT AU TESTICULE. 400
SUR L'OPÉRATION DU SARCOCÈLE. . . 405
MÉMOIRE *sur l'opération de la taille, suivant le procédé corrigé d'Haukins.* 412
EXPLICATION *de la huitième planche.* . . 425

MÉMOIRE *fur l'extraction des pierres enkiftées.* 426
MÉMOIRE *fur la ligature des polypes dans les différentes cavités.* 435
EXPLICATION *de la neuvième planche.* . . 461
MÉMOIRE *fur le traitement des ulcères variqueux.* 462
REFLEXIONS *fur la rentrée de l'ongle du gros orteil dans les chairs.* 473
REMARQUES ET OBSERVATIONS *fur l'amputation des membres.* 477
REMARQUES ET OBSERVATIONS *fur l'opération de l'anévrifme.* 497
REMARQUES ET OBSERVATIONS *fur l'éréfipèle.* 515

FIN de la table de la feconde Partie.

De l'Imprimerie de STOUPE, rue de la Harpe, 1798, An VI.